Л. М. СУХАРЕБСКИЙ

Клиника мимических расстройств

УДК 616.89-07.616.742-07

АННОТАЦИЯ

В основу книги легли многолетние наблюдения отечественного психиатра над нарушением мимики у психически больных. Автор освещает особенности и динамику этих расстройств при различных психических заболеваниях (острых инфекционных психозах, эпидемическом энцефалите, эпилепсии, маниакально - депрессивном психозе, психогенных реакциях, олигофрениях); делает попытки вскрыть механизм этих расстройств, описать особенности их, имеющие диагностическое и прогностическое значение.

Книга богато иллюстрирована фотографиями и кинокадрами, документирующими мимические расстройства.

Монография рассчитана на врачей-психиатров.

5—3—12



Предисловие

Книга Л. М. Сухаребского «Клиника мимических расстройств» представляет собой результат его многолетних исследований. Автор правильно освещает клиническое значение вопроса. Оригинальной является трактовка структуры мимических нарушений. Много внимания уделяется этиологии и патогенезу дисмимической симптоматики. В практическом плане важны попытки автора дать для ряда нозологических страданий критерии оценки патологически измененной мимической деятельности.

Несомненной заслугой Л. М. Сухаребского являются его удачные дисмимические зарисовки (в клиническом плане) и выделение ряда дисмимических симптомов, имеющих диагностическое и прогностическое значение. Надо полагать, что эти находки войдут в фонд нашей науки и окажутся полезными для преподавания.

В педагогическом аспекте данная работа актуальна потому, что знакомит аудиторию с «внешней картиной» многих психических заболеваний, характеризуя наиболее здесь часто встречающиеся дисмимические нарушения.

Большого внимания заслуживает документальный материал: фотографии и кинокадры больных. За много лет автору удалось собрать богатейшую коллекцию. Ряд экспонатов уникальны и поэтому представляют огромный интерес. Они ярки, впечатляемы, доходчивы.

Заслуженный деятель науки
проф. В. М. Банщиков

Глава 1

Введение в клинику мимических расстройств

Под мимикой понимают координированные движения мышц лица, отражающие разнообразные психические состояния; мимическая деятельность относится к так называемым выразительным движениям. Психология давно оценила значимость выразительных движений и рассматривает изучение их как один из важных факторов научного познания личности, как своеобразную «методику выражения» (Wundt).

Анатомо-физиологические механизмы выразительных движений заложены в коре головного мозга, в подкорковых узлах и осуществляются центральной и периферической нервной системой. Патологические нарушения этих механизмов определяют мимические расстройства.

Анатомо-физиологическим субстратом выразительных движений являются в основном три

центральные системы: лобная, пирамидная и экстрапирамидная. Учение об «экстрапирамидной одаренности» подчеркивает выдающееся ее значение в психомоторных особенностях личности; это, в частности, проявляется при заболеваниях паллидума. Изменения мимики при этом становятся настолько характерными, что они получили в литературе специальное наименование «паллидарной мимики». Вместо нормального лица с его живой мимикой мы видим у больного какую-то своеобразную маску с безжизненным выражением, сглаженными чертами лица; однотонная мимическая деятельность неадекватна переживаниям больного.

Экстрапирамидная система влияет на тонус мимических мышц, темп их деятельности, интенсивность их иннервации, а также автоматические и выразительные движения.

Непосредственным выразителем мимики является лицевая мускулатура. Своими динамическими функциями (сокращение — расширение) она обусловливает все многообразие мимической игры, вариабильность ее выражений. Второстепенную роль в формировании мимической деятельности играют особенности остальных мягких тканей лица. К ним относится состояние кожного покрова лица; окраска, эластичность, различная толщина на разных участках лица подкожной клетчатки и плотность соединительной ткани.

Крепление мимических мышц имеет своеобразный характер: один конец мускула прикреплен неподвижно к ближайшей кости лицевого скелета, другой же связан с соединительной тканью или со слизистой оболочкой соответствующего участка лица и непосредственно переходит в кожу. Благодаря этому каждое мышечное сокращение притягивает прикрепленный участок кожи к своему неподвижному концу; при этом сокращение мускула, связанного с кожей, приводит к различным изменениям кожного покрова лица. В случае же прикрепления мышцы непосредственно к соединительной ткани, а затем уже через нее к коже характер поверхностных кожных образований получается несколько иной: образуются не ямкообразные углубления, а складки лица.

Целый ряд участков лица располагает мимическими механизмами, связанными с различными мышечными группами, как, например, носогубные складки. Значительную роль в формировании тонкой мимической деятельности играет степень дифференцированности соответствующей лицевой мускулатуры. Так, менее дифференцированная лобная мышца обусловливает более массивные мимические проявления (однолинейные, маловариабильные морщины). Наиболее выразительные мимические мышцы группируются вокруг отверстий лицевого скелета: ротовой щели, носа, глазниц.

Необычайная динамичность мышечного аппарата, расположенного вокруг входных отверстий лицевого скелета, связанных с органами чувств, придает мимике высокую степень выразительности и подвижности.

Особо следует упомянуть об иннервации лицевой мускулатуры. Изменения в ней (парезы, параличи) ведут к разнообразным дисмимиям. Все мимические мускулы иннервируются лицевыми нервами. Анатомически оба лицевых нерва

(правый и левый) широким веером распространяются по обеим профильным плоскостям лица, направляя свои ветви во все мимические мышцы. Висцеральные жевательные мышцы иннервируются двигательными отростками III пары тройничного нерва. Чувствительная иннервация кожных покровов лица осуществляется ветвями тройничного нерва.

Для качественной характеристики мимики большое значение имеет отчетливость движений, определяемая пирамидной иннервацией. Наблюдаемые иногда мимические синкинезии являются результатом нарушения иннервации и вызываются недостаточной дифференциацией двигательных механизмов.

Большое значение в мимической деятельности имеет соразмерность движений. Последняя обусловлена комплексными сочетаниями мозжечковой системы с вестибулярными и сенсорными механизмами.

Важным моментом в формировании мимических функций является координация движений. Различают статическую координацию во время покоя и динамическую — в процессе деятельности. Удельный вес экстрапирамидной системы в механизмах координации значителен. Двигательная активность зависит от качественного состояния фронтальной и экстрапирамидной систем.

Компонент выработки формул движений, имеющий большое значение для моторной одаренности личности, важен и для выявления мимических функций.

Мимику можно рассматривать в ее целостном выражении и раздельно — по различным

фракциям лица. Этот условный прием удобен тем, что он позволяет глубже и полнее выявлять образующиеся в патологии отдельные дисмимические проявления. Он важен в клинике мимических расстройств, в которой иногда диссоциация и асимметрия мимической игры проявляются только в отдельных фракциях лица, как бы изолированно. В более общем виде различают мимику верхней и нижней части лица. Более дробная дифференциация мимических локальных участков выводится из особенностей вариаций их функциональной игры.

Мимическую деятельность глазной фракции лица обычно рассматривают в сочетании с лобной мимикой. Основное мимическое выражение лобной части состоит в сморщивании лба и подъеме бровей кверху. В психологическом отношении Duchenn характеризовал лобную мышцу как мускул внимания, а Darvin трактовал ее в биологическом аспекте, придавая подобному выражению характер настороженности при явлениях опасности. Биологический смысл этого механизма по Дарвину наряду с расширением глазной щели заключается в том, чтобы больше открыть поле зрения и создать условия для лучшей ориентации в окружающей обстановке.

В особенности это относится к появлению вертикальных складок посередине лобной мышцы. По Дарвину, они возникают при резком напряжении внимания. Часто такие складки наблюдаются при бурных эмоциональных взрывах. В клинике психических заболеваний это наблюдение получает подтверждение. Нередко в периоды повышенной агрессивности можно наблюдать у больных вертикальные складки лба над

переносицей. При полном психическом покое морщины лба обычно разглаживаются. В этом можно убедиться при изучении мимики слепых. У них вследствие выпадения зрительного контакта развивается полная амимия лба — он становится пассивным, плоским, как бы разглаженным.

Иногда встречаются комбинации горизонтальных и вертикальных морщин, сочетание которых обусловливает характерное косое положение бровей. Дарвин находил это мимическое выражение при состояниях горя, заботы, страданий. Биологическое значение этого явления Дарвин объяснял защитной реакцией глаз от гиперемии.

В нижней половине лица наиболее активной мимической фракцией является рот. Наблюдаются следующие мимические вариации рта. Плотное закрытие ротовой щели (стиснутые зубы, крепко сжатые губы) выражает определенность и решимость. Плотно закрытый рот обычно свидетельствует о психической собранности и целеустремленности личности. В диагностическом отношении более значимой является мимика расслабления ротовой щели, обусловливаемая снижением тонуса соответствующих мышц (гипотония, парез). Внешне она проявляется расширением ротовой щели, иногда отвисанием нижней челюсти. При отсутствии органической симптоматики мимика расслабленной ротовой щели свидетельствует о снижении активности личности.

Наряду с этим расслабление ротовой щели может свидетельствовать и о врожденной недостаточности моторики лица. Подобные явления нередко наблюдаются у детей, страдающих психической отсталостью.

Большое диагностическое значение в мимике ротовой щели имеет состояние уголков рта. Опущение уголков рта Дарвин оценивал как рудимент плача и депрессивного состояния. В. М. Бехтерев обращал внимание на то, что жизненный тонус личности часто можно определить по состоянию углов рта. Известно, что при подавленном тоскливом настроении они опускаются книзу.

И, наоборот, при состоянии радости и бодрости отмечается определенная собранность лица и выравнивание углов рта. При смехе они оттягиваются назад и несколько кверху в связи с усилением иннервации большой скуловой мышцы в сочетании с активизацией мышцы смеха.

Мимическое выражение иронического смеха, характеризующееся «искривлением» только одного угла рта, вызывается односторонней усиленной иннервацией их антагониста — треугольной мышцы нижней губы. Психологический смысл подобного мимического выражения — насмешка, сарказм. Одностороннее проявление «искривленного» смеха формирует временную асимметрию в выражении лица. В частности, круговая мышца рта влияет на различные модификации мимики смеха. Известен мимический нюанс так называемого внутреннего смеха при закрытом рте. Внешне это проявляется в сочетании радостного выражения глаз с мелким, с трудом удерживаемым дрожанием нижней части лица. Психологический смысл этой мимической картины заключается в попытке скрыть радостное состояние, подавить улыбку, смех при некоторых обстоятельствах.

Мимическое выражение смеха весьма многообразно; можно различать две основные модификации: характерный, выраженный, полноценный смех (искренний смех, смех от души) и неопределенный, как бы фальшивый («рыхлый»), когда нет желания смеяться, но из вежливости поддерживаешь чужое радостное настроение. Конечно, при этом наблюдаются весьма различные индивидуальные особенности.

Мимическая деятельность лица как целого слагается из мимических выражений отдельных его фракций. Однако было бы ошибкой рассматривать данное сочетание чисто механически. Общая мимика лица как комплексное целое выступает в новом качестве. Выразительность мимической игры зависит во многом от подвижности мимических функций. Амплитуда подвижности варьирует между двумя полюсами: а) полным прекращением мимической деятельности (амимия) и б) повышенной мимической игрой (гипермимия). В клинике психических заболеваний мы наблюдаем всевозможные вариации мимических выражений.

В клинике колебания амплитуды мимических выражений имеют известное диагностическое значение, позволяя по характеру мимических проявлений наряду с другими критериями определять клиническую форму заболевания. Для маниакальных состояний характерна «флюктуация» мимической игры. При депрессивных состояниях мимика замедлена и ослаблена. Прерывистая, угловатая смена мимической игры наблюдается у больных, страдающих психопатией, шизофренией, эпилепсией. Ограниченная амплитуда мимической игры встречается при

кататонических состояниях, энцефалите, прогрессивном параличе.

Происхождение мимических расстройств весьма разнообразно. Наиболее грубые мимические нарушения наблюдаются при параличах и парезах лицевого нерва. Мимическая деятельность при страданиях лицевого нерва становится бедной, асимметричной, деформированной, огрубелой.

Характерные мимические расстройства наблюдаются при сосудистых поражениях головного мозга, очаговых симптомах. Этиология их разнообразна (острые инфекции, атеросклероз, сифилитические поражения центральной нервной системы и др.). Наблюдаемые при них явления ослабления и выпадения лицевой иннервации патогенетически обусловливаются локальной топикой болезненного процесса и особенностями его природы. Приводим пример.

Больной Н., 46 лет. Перенес инсульт с правосторонней гемиплегией и афазией на почве эмболии средней мозговой артерии.

Со стороны психики: ориентирован во времени и месте недостаточно точно, имеются грубые нарушения памяти и внимания, временами растерян, суетлив, бывает агрессивен.

Со стороны нервной системы: правый зрачок шире левого. Слабость правого нижнего лицевого нерва. Язык слегка отклоняется вправо. Правосторонний гемипарез. Левая глазная щель уже правой. Отличаются явления моторной афазии.

Мимика: вялое, безразличное выражение лица. Взгляд хмурый, замедленный. При беседе возникает застывающая неестественная улыбка, нисколько не меняющаяся от содержания разговора. В связи с правосторонним парезом лицевого нерва наблюдается асимметрия мимической игры. Тонкая дифференцированность мимической деятельности отсутствует. Во время

речи больного мимические нарушения значительно усиливаются. В мимике проявляются компенсаторные механизмы напряжения в целях улучшения речи. Усиливая моторные функции механизма речи, больной пытается что-то сказать, но не может.

При заболеваниях коры головного мозга пирамидный путь первично остается незатронутым. В клинической картине наблюдаемых моторных расстройств, общих и мимических, легко обнаруживаются элементы экстрапирамидного характера: нарушаются автоматизмы, изменяется тонус, деформируется мимическая деятельность.

Клинические наблюдения показывают, что при некоторых функциональных расстройствах центральной нервной системы можно обнаружить диссоциацию коры и подкорки. Следовательно, как при органических, так и при функциональных нарушениях коркового характера могут появляться динамические сдвиги в деятельности экстрапирамидной системы. Это, естественно, сказывается на мимике больных.

Значительную роль в происхождении мимических расстройств играют поражения лобных долей. При различных заболеваниях лобных долей отмечаются многочисленные двигательные расстройства, иннерваторная апраксия, разнообразные психомоторные нарушения, ослабление моторных импульсов. При синдроме лобных долей отмечается общее снижение мимических функций, огрубение тонкой мимической игры. Встречаемые при этом нарушения волевых импульсов, немотивированные изменения настроения, искаженные мимические акты, как, например, насильственный смех, в еще большей степени усиливают качественные и количественные

расстройства мимики. Анатомо-физиологический субстрат этих изменений заключается в своеобразных иннервационных и денервационных расстройствах моторных функций больных. Наблюдаемая атаксия (в частности, в мимической сфере) при синдроме лобных долей преимущественно обусловливается изменениями функциональных связей с мозжечком (лобно-мозжечковая система).

Травмы мозга часто являются причиной мимических расстройств. Тяжелые травматические повреждения мозговой ткани (часто приводящие к смертельному исходу) нередко сопровождаются полной мимической акинезией на фоне мертвенно бледного, как бы безжизненного лица. В других случаях мимические картины проявляются динамическими вариациями, вытекающими из клинического этапа течения болезни (сопорозное и акинетическое состояние, резидуальные явления).

Опухоли головного мозга нередко ведут к значительным мимическим расстройствам, характер которых зависит от природы опухоли, ее расположения и интенсивности роста. Мимика при этом часто малоподвижна и замедленна. Нередко она асимметрична и свидетельствует о снижении психической активности. С дальнейшим ростом новообразования на лице усиливаются выражения сонливости, апатии и безразличия.

Мимические нарушения при расстройствах экстрапирамидной системы выражаются в ослаблении моторных функций лицевых мышц наряду с общим моторным обследованием: гипокинезии и акинезии, которые в выраженных случаях могут доходить до клинических картин мимиче-

ской неподвижности. Значительной группой расстройств при поражении экстрапирамидной системы являются гиперкинезы, распространяющиеся также на область лицевой мускулатуры, в виде различных подергиваний, насильственного смеха и насильственного плача.

Заслуживают внимания те психомоторные расстройства при поражении экстрапирамидной системы, которые известны как паракинезии и дискинезии. При них в мышечных группах лица отмечается гримасничанье. Оно вызывается тиками отдельных мышц лица. При этом часто искажаются комплексные выразительные движения, при которых в первую очередь страдают тонкие дифференцированные проявления мимики.

Переходя к поражениям отдельных частей экстрапирамидной системы, необходимо отметить, что заболевание стриатума ведет к различным моторным, а следовательно, и мимическим расстройствам. Мы их часто наблюдаем при дрожательном параличе, псевдосклерозе и др. Интересно отметить, что ряд мимических нарушений, встречаемых в клинике прогрессивного паралича, при двойном атетозе и некоторых психозах, обусловливается поражениями стриатума. Характерны мимические нарушения при дрожательном параличе. К основной симптоматике его относятся дрожь и ригидность. Наряду с другими частями тела дрожь часто захватывает голову (полностью или частично), вовлекая нижнюю челюсть, губы, язык. При поражении мышц лица оно принимает выражение удивления. Иногда выступают выражения растерянности, страха. В исходной стадии страдания

выступает полная ригидность лица, и в подобных случаях говорят о статуеобразной мимике.

Значительные мимические расстройства встречаются в клинике гепатолентикулярной дегенерации. Отмечается общая заторможенность, тремор, в том числе и лица (маскообразное выражение лица, нередко с отвисающей нижней челюстью, дизартерией, плачем и смехом насильственного характера), иногда по лицу больных пробегают гримасы.

Поражения паллидума сопровождаются весьма характерными мимическими расстройствами: диагноз нередко можно поставить по одному внешнему виду больного. Типичным является мимическая оцепенелость и заторможенность: лицо приобретает характер настоящей маски. Иногда вместо целостной мимики выступают своеобразные мимические «обрывки»— мимика теряет свое единство.

Разнообразные отравления центральной нервной системы сопровождаются весьма различными и нередко характерными мимическими расстройствами. Особенности наблюдаемых здесь дисмимий обусловливаются рядом причин, нередко особенностями ядов.

Весьма интересны мимические расстройства при эндокринных заболеваниях, в частности при базедовой болезни, когда глазные симптомы (экзофтальмус) нередко являются первыми вестниками начинающегося заболевания. Гипертония косых мышц приводит к характерному выпячиванию глазных яблок. При базедовой болезни поражаются мышцы век и глаз, лобная гипертония ряда глазных мышц нередко обусловливает у больных застывшую мимику. Инте-

ресно отметить, что у ряда больных при подъеме глазных яблок кверху лобная мышца не образует горизонтальных складок, как это обычно бывает в норме.

При поражении мозжечка мимическая деятельность становится менее выразительной, сглаженной. При страдании верхнего червячка отмечаются нарушения координации отдельных мышечных групп лица, дисфункция речи, нистагм и т. д. Оливо-понто-церебеллярная атрофия ведет к неравномерному обеднению мимической деятельности. Углы рта опускаются, носогубные складки теряют свою выраженность. В лице доминирует выражение вялости, иногда заторможенности. Кожа лба напряжена. Выступают морщины. Часто мимика крайне бедна, однотонна, раздроблена на отдельные неравномерно измененные фракции, наблюдается своеобразный адиадохокинез мимики. Вместо единой целостной мимической функции выступают отдельные ее разрозненные элементы. Иллюстрацией подобных изменений мимики может служить улыбка, которая у таких больных проявляется не в совокупной гармонии лицевой игры, а в заменяющих нормальную улыбку карикатурных подергиваниях губ.

Мимические расстройства, вызываемые изолированными, локальными морфологическими и патофизиологическими факторами, относительно редки. Гораздо чаще более общие поражения центральной нервной системы обусловливают разнообразие дисмимической симптоматики.

Прежде всего каждый врач при первом знакомстве с больным обращает внимание на его

общий вид, выражение лица, состояние мимической игры. Часто по одному выражению лица опытный врач ставит предполагаемый диагноз, который в дальнейшем нередко подтверждается тонкими клиническими и лабораторными исследованиями.

Врачи всегда придавали мимике большое значение в клиническом обследовании больного. Самой жизнью выдвинуто понятие о здоровом выражении лица и нормальной мимике (гармоничное лицо) в отличие от лица больного человека с нарушенной мимической деятельностью (дисгармоничное лицо). Можно привести много примеров подобного рода. Хорошо, например, изучено выражение лица больного холерой. В литературе оно получило особое название «холерного» лица. Это разлитое, резко выраженное побледнение лица, так называемая бледность мертвеца, с резким западанием щек при выраженных носогубных складках. Глазные яблоки закатываются ко лбу и частично западают. Общее мимическое выражение адинамичное, однотонное, со своеобразным отражением болезненных переживаний.

Врачи хорошо знают так называемое лихорадочное лицо: гиперемированное, возбужденное, малоосмысленное, нередко с повышенной мимической активностью. Запекшиеся корочки на губах и общий изможденный вид лица придают ему выражение тяжелого соматического страдания. И врач видит это с первого взгляда на больного, еще до беседы с ним. Подобное выражение лица обычно встречается у больных тифом; вот почему в литературе известен такой термин «тифозное» лицо.

Врачи по состоянию мимических нарушений довольно легко распознают заболевание сердца: застойные явления на лице, характерная синюшная окраска кожных покровов, расстройство дыхания, своеобразное положение головы. Явления кислородного голодания у сердечных больных всегда вызывают напряженное, тревожное, испуганное выражение лица. Глаза при этом широко раскрыты, блуждающий, беспокойный взгляд говорит о тяжелых переживаниях больного, об его страхах.

Не менее характерно лицо больного туберкулезом в последней стадии заболевания: истощенное, с беспокойными блестящими глазами, яркими пунцовыми розами на щеках при общей патологической бледности кожных покровов. Своеобразно выражение кахектического лица: истощенное, с запавшими щеками. Остро и рельефно выдвигаются вперед скуловые кости. В глаза бросается грязно-серый, бледноватый оттенок кожных покровов, иногда с желтоватым отливом. Кожа дряблая, морщинистая. На лице выделяются глаза с застывшим выражением безнадежности, обреченности.

Тупое, неосмысленное, бедное мимической деятельностью лицо кретина получило в литературе специальное наименование «лица идиота». Оно характеризуется однотонностью мимических выражений, общим неосмысленным обликом. В клинике акромегалии наблюдаются увеличение черепного и лицевого скелета, неравномерное разрастание отдельных фракций «лицевой фигуры», значительное изменение окраски и характера кожного покрова (гипертрофия лица). На этом фоне имеется оскудневшая и

[illegible]вшая мимика, придающая лицу «неуклю[illegible] животнообразное выражение».

[illegible] клинике кожных заболеваний отмечаются [illegible]рные мимические расстройства при про[illegible] («львиное лицо»), связанное с образова[illegible] специфических инфильтратов. Последние, [illegible]изуясь по преимуществу на некоторых [illegible] лица, деформируют его мягкие покро[illegible], искажая мимическую игру, ведут к своеоб[illegible]ым деструкциям микромоторики лица, к де[illegible]кции его мимических функций.

Еще более богаты, как мы уже указывали, [illegible]ческие расстройства в клинике нервных бо[illegible]. Различные и многообразные поражения [illegible]вой иннервации вызывают всевозможные [illegible]ческие нарушения, подчас очень характер[illegible], имеющие значительное диагностическое [illegible] прогностическое значение. Так, при односто[illegible]ем периферическом параличе лицевого нер[illegible] рот перетягивается в непораженную сторону, [illegible] рта больной стороны атонически свисает, [illegible]бные складки той же стороны сглажива[illegible], кожа теряет нормальную окраску, стано[illegible] бледной, гладкой, несколько атрофичной. [illegible]ся морщины разглаживаются. Опуска[illegible] века ведет к более широкому раскрытию [illegible].

[illegible] атрофических поражениях лица вазомо[illegible]-трофического характера наблюдаются раз[illegible] мимические нарушения. Обычно они [illegible] односторонний характер и проявляются [illegible]ескими изменениями лицевых покровов [illegible]: истончается кожножировой и мы[illegible] слой лица (на пораженной стороне). Ослабляется жевательная мускулатура, искрив-

ляется ротовая щель, образуются диссоциации в окраске обеих половин лица, искажается мимическая игра,— и все это вместе взятое придает лицу своеобразное маскообразное выражение на пораженной стороне. При поражении лица склеродермией мимические изменения настолько своеобразны и характерны, что подобное лицо получило название склеродермической маски. Она заключается в адинамии мимики, похудании кожных покровов, утончении носа, напряженной собранности рта и в блестящей коже.

Мимические расстройства при столбняке проявляются рядом симптомов. На первом этапе страдания возникает значительное усиление тонуса мускулатуры, в том числе и лицевой. Напряженная лобная мышца своеобразно приподнимается кверху. Глаза устремлены в сторону, рот широко растянут или несколько заострен вперед наподобие рыбьей пасти. Иногда возникают тонические судороги, как общие (всего тела), так и частичные (лица): по лицу пробегают характерные гримасы, получается своеобразное выражение «столбнячного» лица. Характерен также при этой болезни так называемый сардонический смех.

Особое значение приобретают мимические расстройства в клинике психических заболеваний. Своеобразны мимические нарушения при галлюцинаторных переживаниях. Больного легко распознать по растерянному, прислушивающемуся выражению лица, по широко раскрытым глазам. Общеизвестны мимические изменения у больного прогрессивным параличом. Лицо одутловато и сглажено, мимика обеднена, выражение маско-

...но. Имбецила и дебила легко распознать ...едности их мимической игры. Выразитель... лицо депрессивного больного с напряженной ...ой печали, его малоподвижное лицо, за...шее в скорби. В практическом отношении ... важны мимические сдвиги у больных с му...ом, с которыми не удается вступить в кон... и т. д.

Родоначальником учения о мимических рас...ствах следует считать Гиппократа. Он пра...но подошел к вопросу, обращая внимание ... клинические картины мимических нарушений, ... их структуру и динамику и, что особенно ...но, на их диагностическое и прогностическое ...чение.

После Гиппократа учение о мимических рас...ройствах отклонилось от правильных клини...ских позиций. Большую роль в этом отношении сыграл Аристотель, который являлся при...женцем учения о физиогномике. Со времен Аристотеля под физиогномикой понимали уме... оценивать психические данные человека, ис... из особенностей строения его головы и ли... Сторонники физиогномики пытались по чисто ... архитектоническим данным лица нахо... взаимосвязи с психикой человека как ... и в патологии. Автором первого ...ского трактата называют Аристо... В толковании последнего человек с тол... носом является носителем животных на...стей, ибо аналогичным тупым носом рас... бык. В представлении Аристотеля лю... с тонкими волосами были трусами, так как ...более трусливые животные — овца и заяц — ...ладают тонким волосяным покровом. И, наобо-

рот, в его же представлении люди с грубыми волосами являлись мужественными представителями рода человеческого, ибо грубый волос характерен для наиболее крупных и смелых хищников (лев, дикий кабан).

Последователи Аристотеля довели это учение о физиогномике до нелепых пределов. Они думали, что достаточно располагать только одной частью лица, напоминающей собой (хотя бы в порядке отдаленного сходства) тот или иной орган животного или птицы, как человек становится похожим на них. Так, люди с носом наподобие орлиного наделялись большим мужеством. При наличии ушей, в какой-то мере похожих на ослиные, их владельца считали дураком. Широкий лоб свидетельствовал о жестоком характере, между тем как узкий лоб, подобный невысокому, сжатому лбу свиньи, говорил, по их мнению, об умственном убожестве.

В более позднее время (в средние века) физиогномика и психика коррелировались с астрологическими объектами. Людей с живым характером относили к Меркурию и называли меркуриальными. В противоположность им лиц с мрачным характером относили к планете Сатурн, а жизнерадостных — к Юпитеру. Устанавливая подобные корреляции, исходили из положения, что каждый человек с рождения находится под началом какой-либо планеты, которая управляет его судьбой, обусловливает темперамент и, следовательно, дает основание утверждать наличие подобных связей людей с небесными планетами.

Большим влиянием в дальнейшем пользовалось учение Галена о смешении соков в организме: крови, мокроты, черной и желтой желчи.

Из особенностей сочетания этих соков Гален пытался выводить индивидуальную физиогномику и мимику. Вся история физиогномики средних веков находилась под влиянием учения Галена. Схоластическая мысль Средневековья, убивавшая все живое, совершенно запутала учение о мимике и довела его до метафизического абсурда. Позитивные мысли, рождавшиеся в арабской и отчасти европейской медицине, не могли из-за господствовавшего схоластического метода мышления правильно развиваться. Интересно отметить, что выдающийся немецкий врач и химик той эпохи Paracelsus пользовался в своей практической деятельности мимическими критериями, но его идеи в данном отношении не получили сколько-нибудь широкого распространения.

В эпоху Возрождения физиогномика и мимика весьма привлекали внимание медицины. Выросла значительная литература, но она вплоть до первой половины XIX века внесла мало нового в дело изучения мимических расстройств. По-прежнему господствовали метафизические представления, физиогномические данные оценивались с позиций хиромантии, астрологии и т. д. Лженаучности не избегали даже лучшие работы того времени, как, например, Lavater. По его мнению, моральные качества человека распознаются по выраженности его лицевых мышц и очертанию его щек и носа.

Из подобных же истоков родилось учение врача-нейроморфолога Галля — френология, коррелировавшая психические функции человека с формой черепа. Согласно воззрениям Галля черепная крышка своими буграми отражает раз-

витие отдельных участков головного мозга и тем самым знакомит с психическими данными человека. Практически френологи пытались путем ощупывания черепных бугров определять характер человека. Была разработана методика составления френологической карты на каждого индивидуума с фиксацией на ней бугров храбрости, одаренности, скупости и т. д.

По неправильному пути пошел и Ломброзо, являвшийся родоначальником так называемой антропологической школы уголовного права. Он и его последователи учили, что существует тип врожденного преступника, которого можно узнать по ряду физиологических признаков, в том числе и по лицу. В качестве объективных критериев бралась форма головы, лица и отдельных его частей, например носа, ушей, волос и т. д.

В XIX веке огромных успехов достигло научное естествознание. В это время произошел перелом в развитии учения о мимике. К концу столетия выходит целая серия работ, новых по своим установкам, посвященных мимике, ее анатомо-физиологическим основам и динамике развития (Bell, Duchenne, Дарвин и др.).

Bell — шотландский анатом, физиолог и хирург — много сделал, чтобы выявить роль нервного фактора в мимических функциях. Французский врач-невропатолог Duchenne экспериментально подтвердил воззрения Bell, применив методику раздражения отдельных мышц лица электричеством.

Особый интерес представляют исследования Дарвина, который в течение многих лет изучал мимику человека в плане сравнительной биологии. Согласно его воззрениям, такие мимические проявления, как раскрытие рта при гневе и оскаливание зубов, носят в себе элементы атавизма, повторяют соответствующие мимические выражения наших далеких предков, которые в моменты большой опасности, нападая или обороняясь, пытались устрашить противника своим внешним видом.

Однако наряду со значительными достижениями в изучении мимических функций были и ошибки. Так, некоторые исследователи стали искать специфические нарушения, характерные для всех существующих заболеваний, и пытались устанавливать специфические различия их в соответствующих мимических расстройствах. В литературе появились описания болезненных выражений лица у людей, страдающих глистами, занимающихся онанизмом и т. д. С течением времени эти воззрения были изжиты.

Esquirol был одним из первых, кто уделил много внимания изучению мимических расстройств у психически больных. Наряду с патологически измененной мимикой он изучал вопрос о симуляции мимических расстройств, которую он определял как фальсификацию мимики. Так, он писал о маске безумия, которую пытаются изобразить люди, симулирующие психические заболевания. Много сделал и Wernicke, изучавший взаимоотношения психики с моторикой.

Из отечественных авторов И. А. Сикорский в своих трудах, посвященных клинической психиатрии и общей психологии, отводит много места симптоматологии мимических расстройств, придавая им диагностическое и прогностическое значение. На эту тему он сделал доклад на съезде отечественных психиатров. И. А. Сикор-

ский считал, что динамика изменений мимических функций адекватна течению психоза. Однако, давая правильную практическую трактовку мимических расстройств, он исходил из неверных теоретических предпосылок, коррелируя мимику не с патофизиологическими нарушениями мозговых функций, а с определенными чертами характера. Придерживаясь теории физиогномики темпераментов, И. А. Сикорский создал путаное учение о дегенеративной мимике, в котором смешивал в одну кучу симптоматику, вызванную болезнью, с особенностями архитектоники лица. Он пытался создать физиогномические картины технических профессий «с особенностями ума и чувства». В своих теоретических рассуждениях И. А. Сикорский допускал такие «научные» понятия, как «мышца мысли», «мышца воли» и т. д., т. е. механистически истолковывал сложнейшие патофизиологические процессы мимических нарушений.

И. П. Ковалевский опубликовал в 1896 г. «Альбом душевнобольных». Это небольшая книжка карманного формата, содержащая 63 страницы, на которых помещено 36 фотографий. Малый размер этих фото и невысокая техника выполнения снижают их ценность. Значительным недостатком альбома И. П. Ковалевского является полное отсутствие в нем печатного текста. Автор не дает никаких описаний и анализа помещенных снимков. Мало того, он почему-то счел невозможным даже дать подписи к каждой фотографии на русском языке. Напечатанные диагнозы под рисунками больных очень лаконичны и приведены на латинском языке. Все это вместе взятое снижает ценность данного

[illegible]дания как в научном, так и в практическом [illegible]тношении.

Много внимания уделял клинике мимических расстройств один из ведущих основоположников современной клинической психиатрии Kraepelin. Красной нитью через все его труды проходит особое внимание к клинике мимических нарушений. Kraepelin неоднократно подчеркивал, что патологические нарушения в моторике выразительных движений дают клиницисту много по[illegible]зных опорных диагностических и прогностических критериев. В своем известном учебнике Kraepelin обращал внимание читателя на необходимость при каждом обследовании больного изучать его мимику. По мнению автора, мимические критерии являются актуальными для углубленного изучения психического состояния больных.

Важные описания нарушений мимики можно найти в работах других психиатров. У Kraft-Ebing встречаются верные характеристики ми[illegible]ческих расстройств.

У С. С. Корсакова мы часто находим яркие [illegible] мимики у различных больных. Со[illegible] на блестящее описание им мимики гал[illegible]а, который своеобразной мимикой [illegible] вслушивания проецирует вовне свои [illegible] галлюцинаторно-параноидные пере[illegible].

[illegible]ресны работы Kleist, более углубленно, [illegible] на ряд ошибок, осветившего роль под[illegible] узлов в психопатологии, что имеет не[illegible] значение для правильного понимания некоторых патофизиологических механизмов [illegible]рования мимических расстройств.

Ценные замечания, относящиеся к мимической патологии, можно встретить у многих авторов, как отечественных, так и зарубежных, в частности в трудах П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, В. П. Осипова, В. М. Бехтерева и др.

Из отечественных невропатологов клиникой мимических нарушений интересовался М. Б. Кроль. В своей монографии «Неврологические синдромы» он приводит обширный клинический материал, выявляющий мимическую патологию при поражениях центральной нервной системы.

Мимические нарушения при шизофрении изучал Э. Фельдман. Заслуживает внимания его диссертация «Объективные симптомы шизофрении», посвященная микромоторике лица, т. е. мимике. Автор обследовал 220 больных, мимические изменения у которых он зафиксировал на фотографиях. Данная работа, написанная на основе значительного, тщательно прослеженного клинического материала, представляет несомненный интерес. Основной упрек, который можно сделать автору, заключается в том, что он пытался при шизофрении выделить завершенные типы мимических расстройств, характерных и специфичных только для данного страдания. Э. Фельдман упускал из виду, что шизофрения является процессуальным заболеванием и что, следовательно, мимические нарушения при ней надо изучать не только в исходных состояниях, как это им сделано, но на всем пути заболевания, начиная от его начальной стадии и завершая конечной фазой.

Большой интерес представляет диссертация И. И. Лукомского, основные положения которой

приведены в его статье «Психопатологические синдромы при отдаленных последствиях огнестрельных ранений лица», опубликованной в журнале «Невропатология и психиатрия» № 6 за 1948 г. Важно, что наблюдения, основанные на углубленном изучении большого клинического материала, охватывающего свыше 200 раненых, относятся к периоду Великой Отечественной войны и по существу являются уникальными. Больные знают, что у них обезображено лицо, и болезненно реагируют на свое состояние. Автор подчеркивает, что больные рассматривают свой недуг как «...глубокое потрясение основ их личности». Больные заявляют, что они больше не знают радостей в жизни. Их депрессивные переживания, естественно, отражаются в их мимических картинах, участвуют в особенностях мимики.

В последние несколько десятилетий за рубежом вышел целый ряд монографий, касающихся [illegible] и физиогномики. Они приведены в библиографическом указателе. Однако эти работы имеют ряд существенных недостатков (Kirchoff, [illegible], Krukenberg, Baumgartner, Fervers и др.). Эти работы мало обогащают психиатрическую клинику, поскольку их авторы стремились главным образом к установлению закономерностей в архитектонике лица и выявлению механизмов функционирования преимущественно нормальных мимических функций.

Особо следует сказать о диссертации Loevi-[illegible] из клиники Sauerbruch. Работа посвящена диагностическому и прогностическому значению мимических расстройств у хирургических больных. В исследовании представляет интерес по-

пытка автора привлечь внимание широкого круга хирургов к вопросам патологии мимики при хирургических заболеваниях.

В 1946 г. американский автор Thorek опубликовал большую монографию под названием «Лицо при здоровье и болезни». В ней широко исследуется поставленный вопрос. Автор начинает свою книгу с эмбриологии, уделяет значительное внимание эволюции лица, много места посвящает анатомо-физиологическому субстрату мимических функций. Большая глава отведена мимике здоровых людей. В ней анализируется роль мимики в эмоциональной сфере человека; читатель знакомится с многообразием вариаций мимической игры.

Как и многие зарубежные исследователи данного вопроса, автор не удерживается от перехода на позиции физиогномики и вводит специальную главу о расовой типологии. Идя по такому пути, он считает нужным познакомить читателя с различными украшениями лица, принятыми у разных народов, в частности с татуировками. Понятно, что подобные сведения к медицинской теории и практике отношения не имеют.

Собственно медицинский материал данной монографии начинается с восьмой главы, где говорится о врожденных аномалиях лица. Описанные автором клинические наблюдения и их иллюстрации знакомят читателя с лицевыми деформациями. Последующие семь глав также не касаются мимических нарушений; в них дано морфологическое описание отдельных частей лица: волос, глаз, носа, зубов, ушей. Интересующему же нас вопросу о влиянии патологии орга-

[illegible]ма на мимические функции отведены только [illegible]ре небольшие главы: лицо при заболеваниях [illegible]утренних органов, лицо детей с недоразвитием, [illegible]цо при нервных страданиях и лицо при пато[illegible]огии психики.

Последняя глава, освещающая мимические [illegible]стройства в клинике психозов, крайне недо[illegible]аточна. Автор — по специальности не пси[illegible]иатр. Отсюда понятно, что в этой главе он не [illegible]лает никаких попыток научно обосновать тео[illegible] о мимических сдвигах при психических на[illegible]шениях.

Автор ограничивается в данном разделе [illegible]его труда тем, что приводит фотографии от[illegible]льных больных и сопровождает их короткими [illegible]гностическими ремарками.

В 1962 г. вышел из печати «Учебный атлас [illegible]иатрии» Я. П. Фрумкина и Г. Л. Воронкова. [illegible] указывается в предисловии, «атлас психиат[illegible] является учебным пособием для студентов [illegible] институтов, для начинающих вра[illegible] и работников других дисциплин, [illegible] психиатрией». Авторы рассмат[illegible] это как дополнение к руководству по [illegible]иатрии. Таким образом, было создано нуж[illegible]ое для учащейся молодежи учебное пособие. В нем хорошо представлен ряд важных для преподавания разделов. Довольно полно приведены материалы по истории и психиатрии, полезны учебные таблицы, патологоанатомические и патогистологические материалы, инструктивные материалы по исследованию и лечению психических заболеваний.

Однако описания мимических нарушений приведены недостаточно полно; по подавляющему

большинству фотографий больных эти описания сводятся к 1—2 словам без всякой расшифровки. Можно надеяться, что в следующем издании этого, безусловно во всем остальном ценного, пособия данный пробел будет авторами восполнен.

Переходим к нашим исследованиям. Мы поставили своей задачей изучение мимических расстройств при различных психотических состояниях. При этом рамки наших изысканий мы ограничивали изучением лишь так называемых чистых мимических расстройств, оставляя за пределами работы вопросы, относящиеся к физиогномике. В нашей работе мы не касаемся особенностей черепного и лицевого скелета. Мы считаем, что для понимания характера мимических расстройств, наблюдаемых при разных заболеваниях, изучение архитектоники лица неплодотворно. Также мало дают в смысле познания генеза мимических нарушений концепции Kretschmer о строении тела и характера.

Мы считаем нужным подчеркнуть, что нас интересует «соматический» субстрат мягких тканей лица, причем не в смысле их особых врожденных качеств, а только с точки зрения тех болезненных изменений, которые обусловливаются патологическим процессом (нарушение питания кожи, парез лицевых мышц, диссоциаций в функциях лицевой иннервации и т. д.).

При изучении клиники мимических расстройств важно симптоматическое понимание характера мимических изменений. Целесообразным является выделение мимических симптомов, наиболее часто встречаемых и характерных для отдельных заболеваний. Наряду с другими про-

явлениями психотических состояний симптомы мимических расстройств очень важны для характеристики клинической картины заболевания.

Сложность мимических расстройств требует комплексных методик их исследования. Продуктивно сочетание нескольких методов. Неврологическое исследование позволяет познать анатомо-физиологический субстрат, этиологию и патогенез изменений лицевой иннервации при определенных мимических нарушениях. Вслед за ним идет соматоскопическая методика — подробное тщательное, с выделением деталей, описание тех изменений, которые выявляются в мимической деятельности больного под влиянием патогенетического фактора. Сюда войдут изменения в окраске кожи, атрофические процессы на отдельных участках лица, выраженные диссоциации мимики в связи с болезненным процессом и т. д.

Соматоскопическая методика дополняется мотоскопическим исследованием, которое подробно фиксирует показатели моторики «лицевой фигуры» и те ее двигательные расстройства, которые выявляются в клинических картинах. Данное обследование заключается в описании моторики лица как целого и затем отдельных ее отклонений как частностей. Сюда входит: общая характеристика мимики, сегментарная — отдельных разделов лица (верхней, средней, нижней) и мимика дифференцированных участков лица (лобная, ротовая и др.). При исследовании сегментарной и фракционной мимики особое внимание обращается на выявляемые стигмы диссоциации и асимметрии мимических функций.

Большое внимание уделяется мимическим переходам, нюансам; при этом отмечается пластичность и легкость их трансформаций. Анализу подвергаются и отдельные компоненты мимики: улыбка, смех, плач и т. д. При изучении характерных особенностей смеха обращается внимание на общий его характер, интенсивность, выразительность, достаточную адекватность, длительность и т. д. Аналогично и при плаче отмечается мотивация возникновения, интенсивность, характерные особенности. Подобные записи актуальны при длительных динамических наблюдениях. Сопоставление записей в течение определенных промежутков времени дает возможность вскрывать тенденции течения патологических изменений мимики.

Умеющие рисовать могут с успехом использовать методику графического рисунка для документации в статике выявленных мимических нарушений. Такой эскиз, набросанный правильно в смысле соответствия с оригиналом, может дать много ценного для обобщения наблюдаемых мимических трансформаций. Любопытно указание Леонардо да Винчи, сделанное в его «Трактате о живописи». Автор советует художникам иметь всегда при себе альбом для графических набросков, куда он советует заносить все встречающиеся интересные лица людей, обращая внимание на их эмоциональные переживания: радость, печаль и т. д. На бумаге надо оставлять документы богатства экспрессий человеческих переживаний. Основная цель этих зарисовок заключается в том, чтобы накапливать выразительный материал человеческой мимики, который позволит в дальнейшем воспроизводить челове-

кие лица во всем их разнообразии и своеобра- на больших полотнах.

Рисунки дополняются фотокинографическими тодиками. Фотография фиксирует мимические ыражения в статике, а кино в динамике. Для лубленного анализа важно иметь как статичекий, так и динамический материал. Технически снимки делаются крупным планом (профильные и фронтальные). В ряде случаев фотодокументация проводится многократно, с последующим анализом целой серии снимков.

Фотографии прилагаются к истории болезни. Накапливается документальный изобразительный материал. Используются фотографии больных до их заболевания, если таковые можно найти. Сравнение фотографий больных до болезни с аналогичными, снятыми во время болезни, позволяет более детально вскрывать характер наметившихся мимических нарушений. Все эти снимки сопоставляются друг с другом и подвергаются тщательной аналитической обработке. И то, что раньше во время обследования на глаз в клинике мимических расстройств было упущено, дополнительно исследуется на основе фотодокументации. На каждый фотоснимок составляют протокол с хронологической его фиксацией, который после надлежащего оформления прилагают к истории болезни. В него заносят показатели общего выражения лица, тотальную мимику, парциальную — отдельных частей (лоб, нос, рот и т. д.).

В клинике мимических нарушений особенно важен кинометод, позволяющий изучать дисмимии в динамике. Подобные киносъемки, в особенности если они проводятся в течение длительно-

го времени, позволяют глубже и полнее познать, характер болезненных мимических трансформаций, помогают вскрыть их сущность. В некоторых случаях полезны так называемые специальные способы киносъемки (ускоренная и замедленная), дающие возможность растянуть или суммировать во времени длительно изучаемую мимическую патологию у некоторых больных.

Мы говорили об исследовании мимических функций у больных в их непроизвольном проявлении. В ряде случаев можно изучать произвольную мимическую деятельность в порядке ее дополнительного экспериментального познания. Больным дают отдельные задания: оскалить зубы, зажмурить глаза и т. д. Также можно пробовать вызывать мимическую экспрессию на сложные переживания, рассказывая какие-нибудь происшествия больным, присутствуя вместе с ними в театре, на концерте и т. д. Экспериментальные исследования в клинике мимических расстройств имеют ряд вариаций. Мы описали вербально-императивные задания в бодрствующем состоянии больных. Можно применять гипноз. Так, усыпленным больным внушаются различные эмоции: страх, радость, печаль и т. д. Эти переживания отражаются в мимической деятельности. У некоторых вялых больных в гипнотическом эксперименте мы замечали следующие трансформации мимики: лицо преображается, выражение его становится мягким, довольным, иногда радостным. Лицо озаряет широкая улыбка. Вокруг глаз собираются характерные радиальные складки. От смеха колеблются уголки глаз. Производим внушение противоположных переживаний, например печали, неприятности, горя. В результате происходит смена мимической игры. Радостное выражение исчезает. Лицо становится угрюмым. Воздействуя на моторику путем внушения, можно получать диагностические критерии, дополняющие уже ранее собранные материалы.

Некоторое значение при исследовании экспериментальным путем мимических расстройств имеет воздействие на вкусовой и обонятельный анализаторы больных различными вкусовыми и пахучими веществами (соль, сахар, варенье, гвоздика и т. д.). У больных наблюдаются соответствующие реакции с мимическими проекциями вкусового и обонятельного характера. Градуируя количество и насыщенность вкусовых и обонятельных веществ, получаем различные мимические вариации, вносящие свой вклад в комплексную методику познания мимических нарушений.

Вопросами клиники мимических расстройств мы занимаемся с 1928 г., т. е. свыше 38 лет. Руководя методикой фотокинографической документации, мы осуществляли фотокиносъемки нервнобольных и психически больных, коррелируя полученные показатели с клиническими картинами болезни. За указанный период при нашем участии были созданы следующие кинофильмы: «Больные нервы» (синдром нервного истощения), «Кто виноват» (сифилис мозга), «Прогрессивный паралич» (клиника заболевания), «Эпилепсия» (клинические формы, симптоматика), «Атетоз-дубль», «Патология ходьбы», «Экспериментальный сон» (с демонстрацией мимической патологии в гипнотическом состоянии), «Электросон», «Отдаленные последствия лейкотомии», «Расстройства моторики в клинике эпи-

демического энцефалита», «Выработка условных рефлексов» (мимика в норме и патологии), «Шизофрения», «Лечение шизофрении».

Фотодокументация больных проводилась в ряде московских, подмосковных и ленинградских психоневрологических учреждений. Не имея возможности в связи с объемом книги познакомить читателя со всем накопленным нами материалом, мы ограничиваемся избранными клиническими главами и картинами. Возможно, что оставшиеся материалы в дальнейшем увидят свет в дополнительных работах по данному вопросу.

Глава 2

Структура и динамика мимических расстройств

Клинические картины мимических расстройств слагаются из ряда составных элементов, которые могут быть расчленены и исследованы. В первую очередь надо учитывать особенности моторики личности. Изучены следующие ее вариации. При «одаренном» типе моторики мимическая игра многогранна, гармонична, пластична. Угловатый тип моторики характеризуется более резкими и прерывистыми двигательными актами, что соответственно проецируется и в мимике.

Мимика как часть моторики отражает конституциональные вариации: мимическая деятельность циклоидов многограннее и ярче, чем у шизоидов. Для циклоидной мимики более характерны разнообразные мимические нюансы, плавная и гармоничная смена мимических выражений, более тонкая их игра. У шизоидов

встречается более однотонная мимика, несколько угловатая. У них обычно нет достаточной пластичности и выразительности в мимических картинах.

В выраженных случаях конституционно обусловленной моторики при поверхностном обследовании больного можно впасть в диагностическую ошибку, приняв полученные данные за начальные проявления психоза. Так, угловатая мимика шизоидного психопата расценивалась иногда как гримасничанье больного шизофренией, как симптоматика парамимии.

На структуру мимических расстройств в какой-то мере влияют индивидуальные колебания моторики — так называемые полярные двигательные пропорции. Физиологический их субстрат базируется на процессах чередования возбуждения и угнетения. Эти колебания формируют двигательные акты, являющиеся более или менее постоянными для личности.

Исходя из клинического опыта, некоторые авторы предлагают классификационную схему, состоящую из четырех типов двигательных пропорций. Амплитуда первой широка — от двигательного торможения до большой моторной активности. Сущность второй моторной пропорции заключается в недостаточной уравновешенности двигательных побуждений и торможений: отмечаются искаженные двигательные акты с нарушениями их ритма, с появлением автоматических действий и даже синкинезий. Амплитудой третьей двигательной пропорции являются колебания от бурной взрывчатости к заторможенности. Последняя моторная пропорция варьирует от детской подвижности до заторможенности.

Установлено, что моторные пропорции участвуют в структуре психомоторики. Отсюда становится понятным, что эти пропорции входят и в формирование мимических данных личности. Для уяснения их удельного веса необходимо помнить, что моторные компоненты личности являются факторами более постоянного и определенного характера. В отличие от них моторные пропорции в силу своей вариабильности более переходящи. Это нередко приводит к тому, что они как бы затушевывают картину истинных мимических расстройств.

В течение онтогенеза у человека накапливается жизненный опыт, устанавливается социальное взаимодействие с окружающей средой, формируется социальное сознание. Сложный путь эволюции проделывают и его мимические функции. Для мимики небезразлично, в каком возрасте и на каком этапе развития она поражается. Учет возраста при изучении структуры каждого случая мимических расстройств обязателен. Доказано, что двигательные функции индивидуума в онтогенезе повторяют процесс филогенетического развития. Это относится и к области мимических проявлений.

У новорожденного не наблюдается дифференцированной моторики и в его двигательных функциях господствуют автоматизмы. Вначале они формируются паллидарными механизмами, к которым в дальнейшем присоединяются стриарные компоненты. Вот почему мимическая деятельность новорожденного стоит на низкой ступени развития и мимические выражения у него сглаженные, однотонные. Постепенно, естественно, мимика обогащается: появляется

способность улыбаться, морщить лоб и т. д. В структуре мимики начинают формироваться выражения неудовольствия, неудовлетворенности, обиды. Заслуживают внимания мимические выражения отвращения у ребенка раннего возраста. Если к носу спящего новорожденного приближать дурно пахнущее вещество, то в большинстве случаев можно наблюдать лишь некоторое сжатие век. Если же опыт проделать через несколько недель, то отмечается уже другая мимическая реакция, более развернутая, а именно наморщивание в области носа. Это уже характерная мимика отвращения.

На вкусовые ощущения у двухмесячного ребенка возникают более или менее выраженные мимические реакции: при пробе сахара ребенок делает сосательные движения, а при пробе хинина открывает рот. Для ощущения неприятного характерна мимика крика и пронзительного плача. Уже в пятимесячном возрасте в мимике неудовольствия имеются характерные проявления — опускание углов рта. По мере онтогенетического развития личности мимические функции дифференцируются, совершенствуются, гармонизируются. В частности, если сравнить мимику подростка при плаче с аналогичной мимикой грудного младенца, то легко убедиться в значительных различиях этих двух однотипных мимических проявлений.

Так, у подростка плач представляет собой не примитивный крик, но сложное мимическое образование с выявлением многих нюансов в зависимости от психического состояния плачущего. Выразительные движения, составным ингредиентом которых являются мимические функции, начинают более или менее отчётливо формироваться к 1—2-му году жизни. В этот период в моторной деятельности ребенка можно наблюдать достаточное развитие функций полосатого тела при некоторой недостаточности пирамидной системы. В период же так называемого второго детства мимические функции формируются более четко и выраженно. Однако несколько позже в эту более или менее налаженную мимическую координацию вносятся дисгармоничные черты, обусловливаемые процессом полового созревания. По его завершении и наступлении этапа возмужалости мимическая деятельность становится опять гармоничной, обогащается как вширь, так и вглубь и достигает наибольшей высоты и полноты своего развития. В годы же инволюции отмечается обратный процесс — увядание моторных функций и мимической деятельности.

Половые различия также накладывают некоторый отпечаток на структуру мимических расстройств. Анатомо-физиологические особенности женщины, а также особенности ее эндокринной системы обусловливают некоторые соматические отличия ее моторики и мимической деятельности. В норме у мужчины более резкие и строгие черты лица, которые сравнительно раньше покрываются морщинами, более сжатый рот, более острый и твердый взгляд. У женщин обычно более мягкие очертания лица (округлые линии) с меньшей наклонностью к формированию морщин в период зрелости. Описанные различия отмечаются не во все периоды жизни. Наибольшего развития они достигают в период половой зрелости. В процессе обратного развития эти особенности постепенно уменьшаются, а в стар-

ческом возрасте в большей или меньшей степени нивелируются.

Трудовые занятия человека нередко откладывают отпечаток на мимическую деятельность. Замечено, что принадлежность к ряду профессий, отличающихся характерными особенностями (художники, музыканты, врачи и т. д.), как-то отражается на мимике этих людей. Можно сказать, что профессиональная работа, которой обычно человек занимается в течение всей его сознательной трудовой жизни, образует у людей в некоторой степени более или менее сходную профессиональную мимическую игру.

В структуре мимических расстройств ведущее место занимают патогенетические компоненты. Приведем пример.

Больная Б., 39 лет. В 18-летнем возрасте перенесла тяжелую травму — была засыпана землей при взрыве артиллерийского склада. Находилась около часа без сознания. Через год появились эпилептиформные припадки. В 35-летнем возрасте тяжелая психическая травма. Появилась подозрительность, большая соматическая слабость. Исследование крови показало резкие сдвиги — гемоглобин снизился до 30%. Был поставлен диагноз пернициозной анемии. В дальнейшем в связи с колебаниями количества гемоглобина в крови менялось психическое состояние больной. Это находило отражение в мимике.

Со стороны нервной системы: равномерная гипальгезия в области лица. Язык отклоняется в сторону. Понижение тонуса и мышечной силы на нижних конечностях. Шаткая походка. В позе Ромберга покачивание и падение назад.

Мимика: мимические расстройства больной вариабильны в соответствии с картиной ее болезненного состояния. В разные периоды отмечаются различные мимические проявления, обусловленные, с одной стороны, травмой, а с другой — экзогенным типом реакции. В периоды ухудшения наблюдается общая астенизация

мимической деятельности. Параноидная настороженность отражается в мимике картинами страха — больная испуганно раскрывает глаза, на лице появляется выражение боязни, опасливо оглядывается по сторонам. Иногда закрывает голову халатом, напряжена, дрожит. При повышении процента гемоглобина (до 60% и выше) в мимической деятельности появляются выражения раздражительности, злобности, агрессивности. Мимические выражения в этом состоянии осуществляются как бы более ускоренно, порывисто, угловато. В целом мимика дисгармонична.

Данное наблюдение представляет интерес вследствие совокупности этиологических факторов. Психотическая симптоматика больной разнообразна. Бывают изменения сознания делириозного типа; отмечаются особые состояния сознания (она маленькая девочка), сноподобные состояния сознания (переносится в Италию). Наблюдается параноидная настороженность, сочетающаяся с растерянностью. Характерно, что все эти состояния бывают у больной только при резком падении гемоглобина. Таким образом, налицо симптоматический психоз сложного генеза на фоне пернициозной анемии, тяжелое реактивное состояние. В течение всего заболевания легко было проследить параллелизм между составом крови и психическим состоянием больной. В картине болезни играла роль и перенесенная травма черепа. Колебания клинической картины болезни находили яркое отражение в мимике. Они давали тон всей структуре мимических расстройств.

Приведем другое наблюдение, в котором сочетались два патогенетических фактора.

Больная Т., 55 лет. В возрасте 27 лет прекратились менструации, а в возрасте 30 лет стала замечать увеличение лица. Возникли упорные и сильные головные

боли. В стационаре определили опухоль гипофиза. Появилась психотическая симптоматика. Возникли тревога, параноидная настороженность, подозрительность, галлюцинации.

Со стороны нервной системы: реакция зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию очень вялая. Левый зрачок расширен. Сосок зрительного нерва бледен, границы его стушеваны. На периферии глазного дна точечные кровоизлияния. Сетчатка в области соска дегенеративно изменена. Цвет ее желтоватый, местами глыбки пигмента. Рентгенологическое исследование — неравномерный рельеф свода черепа; резко расширено и деформировано турецкое седло. Диагноз: опухоль гипофиза. В мимических картинах больной доминировала симптоматика двух патогенетических факторов, определяющих структуру мимики. Первый из них — морфологический, заключающийся в резкой деформации лицевого скелета: нижняя челюсть значительно увеличена, глазные щели расширены, надбровные дуги изогнуты, губы утолщены, нос увеличен, резко выступает вперед, искривлен с перегибом в левую сторону. Ротовая щель искривлена и асимметрична. Вся «лицевая фигура» дисгармонична. Это придавало выражению лица своеобразную маскообразность. Второй структурный компонент определялся иннервационными нарушениями на почве опухоли. В бодрствующем состоянии в мимической деятельности больной были обычны выражения апатии, вялость, безразличия. Временами эта акинезия лица доходила до амимии. Иногда в связи с бредовыми высказываниями на лице больной можно было заметить выражение испуга, боязни, страха, причем они как-то разорванно выступали на лице, локализуясь в отдельных его фракциях, формируя своеобразные мимические «обрывы». Во время сна больной в мимике явственно проявлялась общая расслабленность и оглушенность. Мы видели обычно лицо мертвенно-бледным, с отвисающей гиперплазированной нижней челюстью.

Данные вскрытия: опухоль гипофиза с разрушением турецкого седла и тела основной кости. Акромегалия. Общий резко выраженный атеросклероз и кардиосклероз.

В структуре мимических расстройств значительный интерес представляют динамические

вариации их изменений. Известна группа мимических нарушений, которую обозначают как мимический инфантилизм или мимику недоразвития. Для нее характерна бедность мимических выражений. Обычно она наблюдается в клинике олигофрении. Довольно часто встречаются амимии. При них отмечается снижение мимической активности, доходящее в наиболее выраженных случаях до полной акинезии. Однако ее следует отличать от так называемого маскообразного лица, ибо последнее может наблюдаться при любой форме мимических расстройств, а не только при амимии. Маскообразность лица заключается в некотором своеобразном «застывании» мимического выражения на более или менее длительный срок.

Маскообразность лица представляет собой один из признаков длительной хронической болезни. Bleuler называл ее «висячими мимическими чертами» и придавал ей прогностическое значение. Вариационной разновидностью амимий является гемомимия, при которой одна из сторон лица теряет способность к мимической деятельности при аффективных переживаниях. Значение данного мимического симптома заключается в том, что способность к произвольным движениям в этой части лица остается.

При некотором снижении мимической активности говорят о гипомимиях. Их анатомо-физиологическая основа — ослабление иннервации и связанного с ней тонуса лицевых мышц. Клинически гипомимии проявляются в пониженной игре мимики, в ее однотонности и бедности. Гипомимии встречаются при ряде заболеваний, в том числе при шизофрении, маниакально-де-

прессивном психозе, эпидемическом энцефалите, прогрессивном параличе и др. Они обычны также в клинике депрессивных состояний в связи с пониженным настроением и угнетающими переживаниями.

В клинике маниакальных состояний часто наблюдается чрезмерно активная мимическая игра, получившая наименование гипермимий. Наблюдается она в большей или меньшей степени и при некоторых других психических страданиях, как, например, при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе. Заключается гипермимия в значительной, временами даже бурной мимической активности.

Все описанные выше динамические изменения мимики свидетельствуют о количественных нарушениях. О парамимиях мы говорим тогда, когда мимическая деятельность становится неадекватной психическим переживаниям. На несоответствие между эмоциональными переживаниями и мимической игрой авторы обращали внимание уже давно. С. С. Корсаков писал о больных, на лице которых выступали своеобразные сочетания разнообразных мимических выражений — радости и печали. Такие больные со смехом рассказывают о мучающих их тягостных переживаниях, не дающих им покоя.

Особо следует упомянуть об эхомимии. Это такая форма мимических расстройств, для которой показательны подражательные моменты. Чаще всего она наблюдается в клинике олигофрении и шизофрении.

Приведенные динамические картины мимических нарушений имеют условное значение и нередко одна форма переходит в другую, поскольку между ними всегда встречаются пограничные варианты. Патологический симптом проходит длинный клинический путь развития от начальной, подчас малозаметной манифестации симптома до нарастания его. Вначале это едва заметная, почти не выраженная микросимптоматика, выявляющаяся отдельными дисмимическими знаками. Она может быть направлена в сторону как усиления мимической деятельности, так и снижения ее, обеднения, угнетения. Само собой разумеется, что динамика развития мимических расстройств обусловливается клиникой основного заболевания. Так, в маниакальной фазе циркулярного психоза темп развития мимических расстройств стремителен, а при депрессии — наоборот.

Становится очевидным, что динамика мимических расстройств служит важным критерием диагностического, а подчас и прогностического характера. Наряду с исследованием общих динамических вариаций мимики известное значение имеет изучение их внутриструктурной динамики в каждом случае. Интенсивность внутриструктурных динамических вариаций мимики обусловливается патофизиологическими механизмами колебания их иннервационных процессов. В качестве примера это можно проследить на мимических вариациях смеха. Так, от слабой, еле заметной улыбки до громкого смеха существует много всевозможных оттенков проявления переживаний смешного.

Эти динамические внутриструктурные колебания мимической деятельности определяются как особенностями раздражителя, так и индивидуаль-

ной психомоторикой личности. Далее с точки зрения углубленного исследования динамических процессов мимических функций можно говорить о поверхностной и глубинной мимике. Динамическая интенсивность мимических функций в норме свидетельствует о богатстве внутренней жизни личности, ее культурном развитии. Поверхностная, малодифференцированная мимика заставляет думать о бедности психики или же об ослаблении мимических функций патологическим процессом.

Изучение мимических сдвигов следует вести с одинаковой тщательностью как по линии макросимптоматики, так и в особенности микросимптоматики. Следует учиться узнавать мимические «штрихи», «следы», «осколки» при диссоциированных мимических функциях. Понятно, что динамику мимических расстройств надлежит анализировать не изолированно от общего состояния больных, а в совокупности со всей клинической картиной страдания.

В некоторых случаях приходится говорить не только о динамике мимических функций, но и об их статике. Здесь следует вспомнить о мимике некоторых категорий больных, которые часами, а иногда днями и даже неделями могут сидеть или лежать совершенно неподвижно, вперив свой малоосмысленный взор куда-то вдаль, в пространство, не замечая окружающей жизни и не реагируя на раздражающие моменты. Лицо таких больных имеет застывшее выражение, мимика у них как бы «замирает». У наблюдателей создается впечатление, что у больных вместо лица иммобильная маска, вылепленная скульптором из затвердевшего материала, потерявшего

[illegible] пластичность. Однако и при такой иммо[illegible]ьной, казалось бы, мимике нельзя говорить о полной ее статичности, ибо и здесь при тща[illegible]ьном наблюдении можно заметить динамиче[illegible]е колебания, правда, подчас в очень малых [illegible]мерах. На основании нашего опыта мы можем сказать, что даже при крайне выраженных ста[illegible]еских состояниях мимических функций у больных, когда их лица производят впечатле[illegible] полной неподвижности, время от времени у них отмечаются микроскопические мимические знаки, еле заметные и поэтому нередко прогля[illegible]ваемые.

В данном отношении интересно изучить мимику ступорозного больного во сне. Здесь возникают некоторые явления нервно-мышечной гипотонии, в том числе и лицевой мускулатуры, в связи с чем у больных изменяется выражение лица. Изучая больных в подобном состоянии, мы заметили и более выраженные мимические знаки, обусловливаемые, возможно, сновидениями.

Следовательно, говоря о статике в клинике мимических нарушений, надо подчеркнуть условность данного понятия. Абсолютно выраженной статики здесь никогда не бывает, ибо каждый больной даже при крайней степени кататонического ступора живет своеобразной психической жизнью, находится во власти своих переживаний, которые в той или другой степени отражаются в его мимике.

Вот почему важно уметь распознавать различные вариации мимических расстройств во всей широте и глубине их колебаний — от бурной динамики до так называемой полной ста-

тики. Это распознавание должно быть дифференцированным.

В динамическом аспекте выражение лица больного должно являться для медицинского персонала своеобразным «мимическим дневником», страницы которого подлежат внимательному анализу наряду с ежедневными записями в обычном дневнике, применяемом во всех лечебных учреждениях страны. Только так, повседневно изучая шаг за шагом динамические колебания мимических расстройств, можно по-настоящему научиться понимать дисмимические клинические показатели и правильно использовать их для целей диагностического и прогностического анализа.

Нельзя согласиться с точкой зрения, согласно которой в клинике мимических расстройств актуальное значение имеют только ясно выраженные, более или менее стабильные мимические картины. При таком подходе ценные мимические критерии не будут использованы в повседневной практике, что нежелательно.

Глава 3

Мимические расстройства в клинике острых инфекционных психозов

В соответствии с характером токсического начала инфекций нарушаются и мимические функции. Однако одним токсическим воздействием инфекционного начала нельзя объяснить всю вариабильность мимических расстройств в клинике психозов на основе острых инфекций. Наши наблюдения показывают, что в патогенезе мимических нарушений играют роль и другие этиологические факторы. Это различные перенесенные ранее экзогенные вредности (травмы, алкоголь и др.), т. е. моменты и обстоятельства, уже в прошлом отразившиеся неблагоприятно на центральной нервной системе.

Наряду с этим некоторую патогенетическую роль играют и особенности личности, участвую-

щие в формировании психотической симптоматики и оказывающие влияние на мимику. Так, например, маниакальное возбуждение в клинической симптоматологии инфекционных психозов нередко связано с конституциональными особенностями больного. Данная точка зрения подтверждается тем, что нередко одна и та же личность на разные экзогенные вредности реагирует сходной психотической симптоматикой.

Мимические нарушения, встречаемые при лихорадочном бреде, бывают настолько характерны, что часто по одному внешнему виду больных можно судить о природе заболевания: отмечается гиперемия поверхностных сосудов, сухая блестящая кожа, запекшиеся губы, иногда покрытые корочками, и т. д.— одним словом так называемое лихорадочное лицо.

В начале заболевания отчетливо выявляется оглушенность, общее соматическое недомогание, подавленность. Взгляд у больного усталый, замедленный, апатичный, безразличный, тусклый, иногда как бы отсутствующий или пустой. В других случаях в мимике доминирует страдальческое выражение, усиливаемое блуждающим взглядом.

По мере развития болезненного состояния нарастает симптоматика мимических нарушений. В некоторых случаях они проявляются на фоне еще большей оглушенности, растерянности, апатии и вялости; при этом взгляд теряет свое осмысленное выражение, его активность снижается, он фиксируется в одном направлении и медленно выводится из него. Мимическая деятельность оскудевает, становится еще более однотонной, поверхностной, малодифференцированной.

Мимические нюансы как бы выпадают, менее дифференцированны, а мимические трансформации совершаются в узких пределах, замедленно и однотипно. Мимические выражения в целом теряют свою обычную плавность и гармоничность, проявляясь угловато, дисгармонично.

При наличии гипоманиакального возбуждения отмечаются обычные дисмимические проявления: возбужденное лицо, живой, подвижный, но малоосмысленный взгляд, повышенная мимическая игра, значительное речевое возбуждение.

На высоте лихорадочного бреда отмечается быстрая, как бы калейдоскопически меняющаяся трансформация мимических проявлений, неосмысленный взгляд, эмоциональные разряды смеха и плача, обильная речевая продукция с соответствующими мимическими движениями рта. Нередко в дальнейшем после спада острого психомоторного возбуждения можно наблюдать незначительное возбуждение, ограничивающееся тихим бормотанием отдельных слов или фраз. В этом состоянии наблюдается своеобразная «мимика шепчущего делирия»— лицо вялое, апатичное, речь однотонная, однотипное повторение одних и тех же слов.

Иногда на этом фоне можно наблюдать судорожные подергивания всего тела, а также отдельных мышц лица. В дальнейшем, при ухудшении состояния больного, мимическая активность постепенно еще более снижается. В коматозном состоянии у больного бледное лицо с синюшным оттенком, впалые черты лица, запавшие глазницы, закрытые глаза, атоническое состояние покровов лица, общее гипомимическое выражение, доходящее до полной амимии.

При послеинфекционных психозах, протекающих с картиной аменции, мимические расстройства проявляются на резко истощенном соматическом фоне: отмечаются запавшие черты лица и значительная бледность покровов; при наличии двигательного возбуждения отмечается гипермимическая симптоматика, иногда в аментивных состояниях в мимике проскальзывают отдельные кататонические черты в виде застывающих на короткое время мимических выражений, дисмимических проявлений негативизма и парамимических манифестаций. Иногда при аментивных состояниях можно наблюдать и дисмимические черты, обусловливаемые своеобразием психотических переживаний.

При послеинфекционной психической слабости мимические расстройства в основном характеризуются адинамией. Наблюдаются эти нарушения обычно у резко истощенных соматических больных, перенесших острое и тяжелое инфекционное заболевание.

Характерным для мимических нарушений при данных состояниях следует признать их течение на общем фоне астенизированной мимической деятельности, что придает как гневливым разрядам, так и тоскливо-плаксивым реакциям выражение раздражительной слабости. При этих состояниях нередко наблюдается плач без слез или слезы на гипомимическом лице. Иногда вместо плача слышится слабый отрывочный стон с причитаниями. В других случаях отмечается беззвучный или приглушенный плач. Характерные мимические расстройства подобного рода мы видим на фотографии больного с экзогенным психозом на почве экстрацеребрального ранения и инфекции (рис. 1). При переживаниях боязни и страха у больного наблюдались своеобразные мимические нарушения в виде еще большего побледнения лица, расширения глазных щелей и отдельных гримас. Иногда у него отмечалось частое открывание рта и мелкая судорожная дрожь в губах, переходившая на мускулы щек. При переживаниях ужаса, которые наблюдались у больного, глаза его широко раскрывались и взгляд устремлялся в одну точку. Необходимо подчеркнуть, что все эти мимические проявления выступали у больного на фоне расслабленности, характерной для глубоких астенических состояний. В них не было той напряженности, которая обычна для аналогичных мимических проявлений при других заболеваниях, например при эпилепсии. Интересно отметить, что на почве общей физической астенизации больного при переживаниях страха у него наблюдалось некоторое опускание нижней челюсти.

В значительно меньшей степени характерны особенности мимики при амнестическом симптомокомплексе. Однако они имеются и в основном характеризуются выражениями растерянности и неуверенности, которые обусловливаются наличием нарушений памяти. В отношении особенностей мимики при этих состояниях мы наблюдали сниженную активность, несколько вялое и безразличное выражение лица при адекватности их реакций. Во время беседы с такими больными, которая требовала от них некоторого напряжения памяти в связи с ослаблением ее, у них появлялось растерянное выражение лица, компенсировавшееся улыбкой, плохо гармониро-

вавшей с общим мимическим выражением; этой улыбкой больной как бы извинялся за свою забывчивость. При более усиленных попытках что-то вспомнить лицо принимало выражение напряженной сосредоточенности.

Характерные мимические расстройства отмечаются при менингитах: напряженное выражение лица, контрактура лицевых мышечных групп (глазных, жевательных и т. д.), блестящие неподвижно устремленные в пространство глаза, повышенная морщинистость лба, крепко стиснутый рот. Иногда наблюдаются моно- и гемиплегические судороги, в том числе лицевых мышц, и своеобразные моторные стереотипии в виде скрежета зубами, сосания и т. д.

Развитие патологического процесса ведет к глубоким расстройствам сознания, которые сопровождаются резким снижением мимических функций, доходящим иногда до полной акинезии лицевых мышц, что придает лицу характерное застывшее выражение. Дальнейшее нарастание менингеальных явлений ведет уже к гнездным поражениям коркового характера с соответствующей очаговой локализацией. Это находит свое отражение в дополнительных парциальных дисмимических симптомах, характер которых обусловливается локализацией процесса.

Возникающие гнездные поражения приводят к парезам и параличам лицевого нерва, что еще более искажает мимическую игру и обусловливает своеобразную ее атаксию и деформацию. В случаях выздоровления остаются стойкие резидуальные дисмимические знаки, вызываемые органическими поражениями мозговой ткани и образованием в ней необратимых дефектов,



Рис. 1. «Астенизированная» мимика.

Подобно менингитам, энцефалиты (острые и хронические) также сопровождаются мимическими нарушениями. Общая симптоматология острых энцефалитов (повышенная температура, головные боли и т. д.) в сочетании с наблюдаемыми при этом психотическими состояниями придает мимическим выражениям больных своеобразный характер возбужденности, растерянности, сопровождающихся иногда явлениями психомоторного беспокойства. Динамика мимических нарушений при острых энцефалитах определяется динамикой течения процесса. При частичном выздоровлении, когда имеются стойкие остаточные явления, дисмимические сдвиги сохраняют необратнмость ряда своих симптомов.

На высоте заболевания мимика соответствует тяжелой оглушенности и адинамии. При наличии у больных в этом состоянии галлюцинаторно-параноидных переживаний их содержание находит свое отражение и в мимике. Надо отметить, что наиболее яркие мимические нарушения отмечаются при остром бреде. Бросается в глаза резко измененный соматический фон лица, а именно значительная гиперемия кожных покровов, нередко конъюнктивиты обоих или одного глаза. И на этом фоне выявляется разобщенная, беспорядочная, грубая, носящая несколько судорожный характер, некоординированная мимическая игра. Мимические нюансы сглаживаются или даже отсутствуют. Мимические переходы прерывистые, угловатые, неуклюжие. Спутанность сознания нередко вызывает неосмысленное выражение лица.

Временами отмечаются судорожные подергивания во всем теле н в мышцах лица. При этом больные скрежещут зубами, сжимают челюсти, иногда по их лицу пробегают гримасы, губы спазматически выпячиваются вперед и в них наблюдается мелкая судорожная дрожь. По мере нарастания болезненного состояния еще более изменяется соматический фон лица.

Значительное истощение приводит к исчезновению подкожножирового слоя и западению мягких покровов лица. Кожа теряет свою эластичность и становится дряблой. Ее красная гиперемированная расцветка сменяется мертвенно бледной с синюшным отсвечиванием. Иногда развивается отечность мягких тканей лица, придающая лицу одутловатый болезненный вид.

Надо подчеркнуть, что в клинической картине наблюдаемых моторных расстройств — общих и мимических — обнаруживаются компоненты экстрапирамидного характера: нарушаются автоматизмы, изменяется тонус, деформируется мимическая деятельность.

Глава 4

Мимические расстройства в клинике эпидемического энцефалита

Мимические расстройства в клинике эпидемического энцефалита слагаются как из общемозговых явлений, так и локальных поражений. Первые в острой стадии заболевания придают мимическим сдвигам отпечаток общемозгового токсического процесса. С этими общемозговыми симптомами сочетаются гнездные поражения, локализация которых вызывает характерные мимические изменения.

Сочетание поражения отдельных подкорковых узлов с вовлечением в патологический процесс таламических и стриарных систем вызывает всевозможные акинетические и гиперкинетические расстройства. Подобных больных легко узнать по мимической неподвижности и маскообразно-

сти лица. При поражении паллидума встречаются нарушения в произвольной двигательной области, выражающиеся в замедлении моторных актов и снижении их активности (паллидарный парез) и сопровождающиеся дискоординационными компонентами (паллидарный адиадохокинез). При полной акинезии, вызванной значительным поражением паллидума, говорят о паллидарном паралнче. Расстройства паллидума ведут к дистонии лицевых мышц, которая может выражаться как в описанной выше акинетической и гипокинетической симптоматике, так и в гипертонии лицевой мускулатуры. Это находит свое отражение в дрожании мышц лица, нижней челюсти, часто и всей головы, а также в своеобразной мышечной ригидности, придающей лицу застывшее выражение.

Для этих больных характерно «ледяное выражение лица», невыразительный взгляд, сглаженность индивидуальных мимических особенностей, поэтому больные эпидемическим энцефалитом внешне очень похожи друг на друга. У них мимические выражения подвергаются своеобразному процессу тонической фиксации, которая заключается в более длительном их задерживании, чем это определяется внутренними переживаниямн больного. Например, больному уже не смешно, ему больше не хочется улыбаться, но на его лице еще удерживается смеющееся выражение. При одностороннем паллидарном поражении аналогнчные изменения в смысле гипо- и акинезии, сглаживания мимических функций происходят на одной половине лица, что придает ему карикатурно-маскообразный вид.

Значительную роль в патогенезе и патофизиологии мимических нарушений при эпидемическом энцефалите играют эффективно-волевые нарушения, которые имеют прямое отношение не только к моторике, но и ко всей психической деятельности в целом. Они еще более обедняют и замедляют мимическую деятельность и тем самым усиливают степень нарушений нормальных отправлений мимических функций. Эти нарушения объясняются поражением не столько кортикальных механизмов, сколько глубинных— подкорковых, играющих важную роль в жизненных отправлениях организма.

Наряду с этим разлитая иррадиация болезненного процесса с преимущественным поражением зрительного бугра, подбугорной области и окружающих их участков ведет к развитию гиперкинетических явлений, что находит, в частности, свое выражение и в области мимических функций. Известное значение в структуре мимических расстройств при эпидемическом энцефалите имеют процессы психопатизации личности, обусловливаемые заболеванием и накладывающие отпечаток также и на мимику. Эти процессы заключаются в общем растормаживании влечений, в возрастании импульсивности, в эротичности, в некотором двигательном беспокойстве.

В продромальный период заболевание выражается общесоматической симптоматикой предвестников, сказывающейся и в мимике заболевшего. Возникают мимические выражения вялости и соматического недомогания. Нередко к этому присоединяются дисмимические знаки, отражающие симптомы мучительной боли в раз-

ных частях тела. В подобных состояниях больные особенно страдают от головных болей, им соответствует страдальческая мимика, которая усиливается при возрастании интенсивности головных болей.

В дальнейшем, по мере нарастания симптоматики острой стадии заболевания, протекающей с повышением температуры и признаками психотических нарушений, мимические расстройства периода предвестников трансформируются в мимические нарушения инфекционного делирия. А затем к этому присоединяются дисмимические знаки локального порядка, которые в большей степени, чем в предыдущей стадии, характерны для клиники эпидемического энцефалита.

В других случаях, с более бурным началом острой стадии заболевания, мы отмечали мимические нарушения, вызываемые острыми менингеальными явлениями: резкое побледнение кожных покровов, общее напряженное выражение лица, контрактуру отдельных мышечных групп лица (глазных, жевательных и др.), блестящие, неподвижно устремленные в пространство глаза, повышенную морщинистость лба, крепко стиснутый рот. Иногда у этих больных наблюдались моно- и гемиплегические судороги, в том числе и лицевых мышц, и своеобразные мимические стереотипии в виде скрежета зубов и сосания.

Вегетативные и трофические нарушения, наблюдающиеся в острой стадии эпидемического энцефалита, проявляются и в мимике: отмечается сальное, «масляное» лицо, повышенная саливация, потливость. При этом нарушения трофики, влияя патологически на соматическую осно-

ву лица, часто вызывают и различные кожные расстройства: высыпания, фурункулы и др., участвуя тем самым в патопластическом оформлении мимических расстройств.

Расстройство сознания, нередко наблюдавшееся при дальнейшем развитии патологического процесса, естественно приводило к резкому снижению мимических функций, вплоть до полной акинезии лицевой мускулатуры. Это придавало лицу характерное застывшее выражение.

При наличии в острой стадии энцефалита делириозных состояний в мимике доминирует выражение настороженности; характерна поза больного — поза «вслушивания». Глаза широко открыты и в них нередко отражается оттенок тревоги, временами страха. Точно так же преломляются в мимических расстройствах и другие психотические состояния: маниакальные, депрессивные и т. д.

При депрессивных состояниях изменения мимики обычно выражаются в ее обеднении, появлении тоскливого выражения (суженная глазная щель, полуприкрытые веки и т. д.) и некотором побледнении кожных покровов лица.

Интересные наблюдения мы получили при изучении абортивных форм эпидемического энцефалита. Как известно, в этих состояниях мимические нарушения не демонстративны, они незначительны и не всегда уловимы. Тем не менее и здесь можно нередко различить едва заметные мимические сдвиги, выражающиеся в несколько подавленной мимической деятельности с микродистонической симптоматикой. Наблюдающиеся иногда при абортивных формах эпидемического энцефалита легкие нарушения функ-

ции сна придают лицу больных выражение усталости, влияют на окраску кожи, ее эластичность и на общую собранность в мимической игре. Часто при абортивных формах больные с трудом засыпают, спят тревожно, на лице у них (даже в сонном состоянии) можно обнаружить отдельные дисмимические знаки. При бессоннице у них, естественно, бывает измученное выражение лица. Такие больные в ночное время часами лежат с открытыми глазами и блуждающим страдальческим взором.

Мимические расстройства хронической стадии заболевания слагаются из двух основных ведущих рядов: первый—неврологические изменения лицевых мышц, второй — психотическая симптоматика, проецируемая в мимических функциях больных. При постэнцефалитической церебрастении отмечается астенизация мимической деятельности, которая заключается в поверхностном проявлении дисмимических вариаций, резкой истощаемости мимических функций и появлении на лице выражения растерянности, слабости, утомления. Взгляд вялый, апатичный.

Мимические нарушения при паркинсонизме хорошо известны; они выражаются в своеобразном сочетании феноменов акинезии и гипертонии. Типично застывшее, маскообразное, амимичное выражение лица. Следует отметить, что обычно явления акинезии и гипертонии бывают более всего выражены в лицевой мускулатуре. При паркинсонизме происходит как бы одеревенение лица или отдельных его мышечных групп. Различные нарушения дыхания (гиперпноэ, миоклония дыхательной мускулатуры, явления, связанные с функцией дыхания,— кашель, сопе-



Рис. 2. Мимические нарушения при паркинсонизме.

ние и т. д.) вызывают добавочные движения лицевых мышц, находящихся в состоянии акинезии, гипертонии. Нередко отмечается тремор мышц лица, судороги лицевых и глазных мышц тонического характера, закатывание глаз кверху, нередко фиксация устремленного вдаль взора. При этом часто наблюдаются синкинезии, сальность лица, гипергидроз, мимика скудная, грубая, прерывистая, асимметричная. Для наиболее выраженных форм типична застывшая карикатурная маскообразность лица.

На рис. 2 видны мимические расстройства при паркинсонизме. Со стороны нервной системы: реакция на свет достаточная, на конвергенцию незначительная, ограничен поворот глазных яблок и совершается он грубыми толчкообразными движениями. Правая носогубная складка сглажена. Походка скованная. Мышечный тонус повышен, особенно слева. В позе Ромберга — ретропульсия. Лицо статичное, маскообразное. Во время беседы больной сидит неподвижно, больше молчит, лишь изредка переводит взгляд с места на место. Временами появляется насильственная улыбка. Иногда, когда больной начинает говорить, речь обрывается на полуслове и больной застывает в соответствующем моторно-мимическом акте.

На рис. 3 изображен еще один больной, у которого отмечается ряд характерных для паркинсонизма расстройств: скованность, сонливость, маскообразное апатичное лицо. Заслуживает внимания динамика течения мимических расстройств, которые проявляются то ухудшением, то улучшением в связи с течением заболевания.



Рис. 3. Клиническая вариация мимических нарушений при паркинсонизме.

Для следующего больного (рис. 4) характерно нарастание тяжести мимических расстройств без всякой тенденции в сторону улучшения. Со стороны нервной системы: зрачки узкие, реакция на свет вялая; общий тремор, движения скованы, сон расстроен, речь замедлена, не модулирована. Ясно выражена дисмимическая симптоматика. Мышцы лица несколько напряжены. Лоб тонирован, испещрен горизонтальными морщинами. Дрожание лицевых мышц. Сглаженная правая носогубная складка обусловливает некоторую асимметрию лица. Эти явления усиливаются во время речи больного, создавая своеобразную мимику «гримасничающей маски». Мимическая деятельность скована, застывшая. Тихая, невнятная речь соответствует слабо выраженной ротовой моторике.

Рис. 5 знакомит читателя с еще более выраженными мимическими расстройствами при паркинсонизме. Зрачки равномерно расширены. Реакция на свет живая, с небольшой амплитудой. При конвергенции правый глаз отходит. Некоторое отклонение языка вправо. Сглаженность правой носогубной складки. Мышечный тонус повышен: феномен зубчатого колеса. В позе Ромберга небольшое покачивание. Движения медленные, асинергические, застывающие. Редкое мигание и частое закатывание глазных яблок. Больному приходится делать значительные усилия, чтобы преодолеть скованность ротовой мимики.

У одной больной (рис. 6 и 7) наблюдалось частое закатывание глазных яблок. Однако она заметила, что в темноте этого непроизвольного закатывания глаз не происходит. И больная



Рис. 4. Маскообразное лицо.



Рис. 5. Закатывание глазных яблок кверху.

сама нашла выход из создавшегося для нее тягостного положения: она связала себе удобную полумаску, при помощи которой время от времени освобождала себя от мучительного болезненного симптома.

Изучая мимические расстройства при хроническом эпидемическом энцефалите, мы считаем целесообразным на фоне общей симптоматики анализировать отдельные мимические картины и дифференцировать их от сходных картин при других заболеваниях. Это важно для использования дисмимических знаков в качестве дополнительных дифференциально-диагностических критериев в неясных и сложных клинических случаях. В частности, это может иметь иногда значение и для дифференциальной диагностики между эпидемическим энцефалитом и эпилепсией, между эпидемическим энцефалитом и шизофренией и т. д.

Мы наблюдали ряд больных с явлениями паркинсонизма, у которых пароксизмальную судорожную симптоматику с соответствующими мимическими расстройствами приходилось дифференцировать от дисмимической симптоматики эпилепсии. Так, у одного из наших больных, перенесших грипп, отмечался ряд тяжелых остаточных явлений, в том числе двоение в глазах и припадки. Внезапно он бледнел, падал, наступали судороги, изо рта выделялась пена. Слизистые и кожные покровы больного бледны, на коже лица много мелких acne, лицо сальное. Страбизм, зрачки неравномерны, реакция на свет живая, на конвергенцию почти отсутствует; нистагмоидные подергивания. Правосторонний птоз, диплопия, левый угол рта перетя-



Рис. 6. Клиническая вариация того же симптома.



Рис. 7. Своеобразная мера защиты от болезненного расстройства.

гивает. Потливость. Дрожание пальцев вытянутых рук. В позе Ромберга легкое пошатывание. Симптом зубчатого колеса. Больной крайне назойлив, суетлив. Жалуется на головные боли и головокружения. Интеллект снижен: путает даты прошлых событий, счет замедлен. Характерны дисмимические явления паркинсонизма с соответствующими неврологическими и вегетативными стигмами: птоз, страбизм, сглаженность носогубной складки, амимичное сальное лицо.

Судорожные припадки носили эпилептиформный характер. Мимические расстройства были характерны для клиники хронической стадии эпидемического энцефалита, а припадки носили эпизодический характер и были обусловлены очаговой локализацией процесса.

Мы также подвергли изучению мимические нарушения в случаях эпидемического энцефалита с пароксизмальными расстройствами сознания, напоминающими аналогичные состояния в клинике эпилепсии. При этих состояниях в мимической деятельности больных отмечались выражения неосмысленности, растерянности и т. д. Так, у одной из больных наблюдались своеобразные колебания сознания. Обычно она была вполне ориентирована в месте и времени. В периоды же неясного сознания отмечалось нарушение ориентировки, в контакт не вступала, на вопросы не отвечала. В этих состояниях испытывала страх, лица окружавших ее людей казались какими-то искаженными, перекошенными. Разговоры окружающих принимала на свой счет. Были случаи отказа от пищи, так как боялась отравления. Длительность подобных состояний

колебалась от нескольких минут до нескольких часов. Заболевание началось после брюшного тифа, протекавшего в тяжелой форме. Неврологическое состояние: нарушена конвергенция глазных яблок, при оскаливании зубов перетягивает правый угол рта, бедность содружественных движений, повышение тонуса конечностей. При ходьбе несколько наклоняется вперед и слегка сгибается, идет мелкими шажками, медленно. Ретропульсия. Влажная кожа.

Лицо больной бледное, несколько маскообразное, с фиксированной легкой улыбкой. Мимика в обычных ее состояниях бедная, поверхностная и однотонная. Своеобразны мимические трансформации в период изменения сознания: лицо краснеет, на кожных покровах выступает мелкими каплями пот, преобладают выражения тревоги (более раскрытые, чем обычно, глаза, дрожание губ, испуганный взор). Иногда к этому присоединяется значительное сокращение лобной мышцы. После выхода из этого состояния мимика больной возвращается к исходной — маскообразное лицо с постоянно фиксированной однотипной слабой улыбкой.

Определенные дисмимические явления мы отмечали у тех больных, у которых наблюдались псевдошизофренные симптомы. Это так называемые шизоформные картины эпидемического энцефалита. Среди больных с паркинсонизмом мы особенное внимание уделяли тем, у которых наблюдались кататонические симптомы. Явления ступора, негативизма и т. д. Надо отметить, что некоторые общие и, в частности, мимические гиперкинезы при эпидемическом энцефалите могут иногда внешне напоминать кататонические стереотипии. Нередко галлюцинаторно-параноидные картины при эпидемическом энцефалите напоминают галлюцинаторно-параноидную форму шизофрении со свойственными ей мимическими нарушениями.

Мы можем сослаться на следующее наше наблюдение. Больной перенес малярию и после этого «сонную болезнь»—«проспал две недели». Появилось слюнотечение, двоение в глазах, дрожание всего тела, большая скованность и изменение походки. Ходил мелкими шажками и во время ходьбы все убыстрял шаг.

Одновременно мучили навязчивые идеи, отмечались зрительные и обонятельные обманы. Так, к больному часто «подходил труп», и больной чувствовал при этом тлетворный запах разложения. В подобные моменты он испытывал острый страх, закрывал глаза, отворачивался к стене. Слышал голоса, которые пугали его, оклики по имени, ругань.

Со стороны нервной системы: заметная общая скованность и замедленность движений. Зрачки равномерны. Реакция на свет замедлена. Неравномерность глазных щелей — справа больше, чем слева. Недостаточная конвергенция, нистагм.

Незначительное ослабление нижней ветви лицевого нерва. Тонус мышц правой руки выше, чем левой. Больной лежит в постели в скованной позе. Часто делает руками какие-то движения. Иногда встает с постели и медленно шагает, касаясь пола только носками; медлителен, вял, аспонтанен, имеется сознание болезни. Характерная паркинсоновская симптоматика: гиперемия кожи, потливость, сальность, выраженные неврологические симптомы. Мимические

нарушения: скованная, замедленная, несколько асимметричная деятельность мимических мышц. Тоническая фиксация мимических реакций — они задерживаются дольше аффективных переживаний. Своеобразна застывающая, малоосмысленная улыбка. Во время беседы на лице больного выступает выражение растерянности и некоторого удивления. В одних случаях на вопросы не отвечает, в других — дает ответы с большой задержкой (рис. 8).

На этом фоне паркинсоновских мимических расстройств мы отмечали в мимике отражение галлюцинаторно-параноидных переживаний. Персонал отмечал в дневниках, что больной часто начинает галлюцинировать — видит какие-то цветы; при этом глаза блестят. Иногда громко разговаривает сам с собой. При приятных слуховых обманах лицо становится радостным, улыбающимся. Рот несколько раскрывается, углы его оттягиваются назад, верхняя губа приподнимается, а с ней и щеки, которые, как бы укорачиваются и образуют морщины смеха. Глаза больной отводит в сторону для усиления «вслушивания». В зависимости от характера и содержания обманов чувств мимические выражения трансформируются, переходя от проявлений радости и удовольствия к выражению тревоги и страха.

Своеобразные дисмимические картины мы наблюдали у больных, у которых заболевание сопровождается гебефренической симптоматикой (гебоидные формы эпидемического энцефалита). Они встречаются в детском и подростково-юношеском возрасте, когда заболевание проявляется характерологическими изменениями — агрессив-



Рис. 8. Тоническая фиксация мимической реакции.

ностью, жестокостью, лживостью, аморальностью, повышением сексуальности и др. В подобных случаях еще не созревшие, нежные, округлые линии лица, равно как и мимические функции, подвергаются патологическому процессу огрубения. Стираются, а иногда и выпадают тонкие мимические нюансы и полутона, вместо них появляются дисмимические знаки, придающие лицу грубоватое выражение.

Как и при других заболеваниях, в клинике эпидемического энцефалита мимические расстройства служат объективными критериями, помогающими уточнить диагноз. Практическое значение имеют рано выступающие мимические предвестники, позволяющие судить о намечающихся динамических сдвигах в течении процесса. Заслуживает внимания также и то обстоятельство, что положительные мимические сдвиги свидетельствуют об успешном воздействии проводимой терапии.

Мимические показатели играют известную роль в затруднительных случаях дифференциальной диагностики эпидемического энцефалита и церебрастении. Для мимических нарушений при эпидемическом энцефалите характерна стойкость мимических симптомов, чего не бывает при состояниях нервного истощения. Известное значение имеют дифференциальные отличия в мимических расстройствах при отграничении страдания от кататонии. Лицо кататоника кажется малоосмысленным, более однотонным и стереотипным, между тем как у больного, страдающего паркинсонизмом, можно проследить в мимике черты его эмоциональных переживаний и интеллектуального напряжения.

Глава 5

Мимические расстройства в клинике психозов возраста обратного развития

Процессы увядания организма сопровождаются различными мимическими расстройствами. Изменения организма при старении вызывают соответствующие сдвиги и в мимике, проявляясь характерными для старческого возраста дисмимическими нарушениями.

Мы раздельно проанализируем мимические расстройства при старческом слабоумии, пресенильных психозах и артериосклеротических нарушениях. Тем не менее в изменениях мимики этих трех клинических форм имеется много общего. Нередко среди них встречаются наблюдения, когда трудно решить вопрос, с какой клинической формой мы имеем дело. Такие смешанные формы накладывают отпечаток и на мими-

ческие расстройства, которые выявляются симптомами более общего характера и при которых менее выражены типические нарушения каждой из этих трех групп психозов.

Увядание организма влечет за собой значительные нарушения соматического фона мимических функций. Кожа становится сухой, дряблой, морщинистой. Ее питание понижается, подкожножировой слой утончается, а в некоторых случаях может почти совершенно исчезнуть. Окраска кожи изменяется, иногда приобретает землисто-серый оттенок. Значительно ослабевает тонус лицевых мышц. Речь становится иногда неразборчивой, нередко шамкающей. Часто отмечается гипотония лицевой мускулатуры и более или менее выраженная ее паретичность. Последним обстоятельством в значительной степени объясняются стертые линии лица (рис. 9).

При старческом слабоумии часто наблюдаются расстройства зрачковых реакций, глазодвигательных мышц, отклонение языка, перетягивание углов рта, сглаженность носогубной складки, ослабление отдельных мышц лица. К этим моторным симптомам присоединяется дрожание, которое носит общий характер и захватывает также частично мышцы лица.

Наблюдения показывают, что мимические нарушения, как и вся симптоматология старческого слабоумия, нарастают медленно и постепенно. В связи с этим в динамике мимических расстройств можно проследить несколько стадий их развития. Мимические нарушения первого этапа характеризуются начальными признаками увядания, характерологическими сдвигами и интеллектуальной деградацией. Мимика



Рис. 9. Старческие нарушения мимических функций.

становится беднее, постепенно нарушается тонкая мимическая деятельность, ее нюансировка, подвижность, синтонность.

В других случаях в соответствии с основной психотической симптоматикой наблюдаются более вариабильные мимические расстройства. Так, при наличии бредовых идей содержание их находит свое отражение в дисмимических картинах. Динамика мимических расстройств при старческом слабоумии в основном коррелирует с течением психоза. При медленном нарастании заболевания мимические картины мало меняются. При волнообразном течении заболевания наряду с развитием основной симптоматики наблюдаются и соответствующие колебания мимических нарушений.

Ниже мы приводим наблюдение, которое заслуживает внимания с двух точек зрения. Во-первых, потому, что преморбидная личность характеризуется тревожно-мнительными компонентами, которые ярко выявились во время заболевания старческим слабоумием. Во-вторых, потому, что основное состояние неосложнено артериосклеротическими поражениями, как это часто бывает при сенильной деменции. Вследствие этого мимические расстройства не вызывались грубыми очаговыми нарушениями и можно было изучать более тонкие сдвиги мимической игры, не осложненной очаговыми изменениями.

Больная 72 лет. С 68-летнего возраста резко изменилась: стала тревожной, говорливой, суетливой, временами беспокойной, плохо спала. Появились идеи отношения, слуховые обманы. Высказывала бредовые идеи ущерба. Кожа серого цвета со своеобразным пепельным оттенком (сухая, морщинистая, дряблая, несколь-



Рис. 10. Клиническая вариация старческих нарушений мимических функций.

ко обвисающая). Отражая идеи отношения, мимика выражает настороженность, подозрительность, тревогу, Лицо напряжено, взгляд тоскливый (рис. 10).

На рис. 11 (другая больная) можно проследить ослабление мимических функций, их угасание. В подобных случаях мимическая деятельность производит впечатление как бы потухшей, и лишь изредка проецируются сниженные мимические выражения подобно тому, как иногда под пеплом еще тлеет остывающий жар.

Приводим в качестве иллюстрации еще один пример.

Больной 87 лет. Заболевание началось постепенно. Вначале начал путать имена близких, потерял способность выполнять домашнюю работу. Несколько позже речь стала невнятной, отвечал на вопросы не по существу. Поведение стало нелепым. Одного больного нельзя было оставлять: «Стал, как ребенок».

Мимика: резкое похудание мягких частей лица, запавшие щеки, ввалившиеся глаза. Взгляд неосмысленный, невыразительный, пустой, как бы отсутствующий, «застывший». Больной большей частью лежит с закрытыми глазами. Общее выражение лица апатичное, безразличное. Значительная гипомимия нижней части лица при выраженной амимии верхней фракции — лобной.

В дифференциально-диагностическом отношении при ограничении старческого слабоумия от других клинических форм психозов позднего возраста мимические расстройства наряду с другими симптомами могут служить некоторыми вспомогательными признаками диагностического характера. От мимических нарушений, наблюдаемых в клинике артериосклеротических психозов, мимические расстройства при старческом слабоумии отличаются тем, что при них очаго-



Рис. 11. Обеднение мимических функций.

вая симптоматика или совсем отсутствует, или выражена слабо.

Многообразие клинических картин пресенильных психозов обусловливает значительную вариабильность наблюдаемых при них мимических расстройств. Так же как и при старческом слабоумии, только в менее выраженной форме, нарушается соматический фон лица, подвергаясь процессам увядания. Изменяется окраска кожи, ее питание, эластичность.

Мимические нарушения в клинике пресенильных психозов начинаются снижением живости и активности мимических функций. Особенности преморбидной личности влияют на характер клинических картин страдания и связанных с ним нарушений мимики.

Рис. 12 касается больной с пресенильным психозом; болезнь развивалась у личности с чертами тревожной мнительности. У другой больной заболеванию предшествовали психические травмы, развивался аффект тревоги с характерной тревожной, боязливой мимикой.

Для больных с депрессивно-кататоническими синдромами типичны переживания, представленные на рис. 13.

Резко бросаются в глаза мимические расстройства при инволюционной меланхолии. Заболевание проявляется депрессией с характерными мимическими переживаниями тоски. Рис. 14 знакомит нас с мимическими проявлениями глубокой печали. Многие больные часто плачут (рис. 15). На лице у них напряженное выражение, они целиком во власти своих горестных переживаний. Приводим краткую историю болезни одной из больных (рис. 16 и 17).



Рис. 12. Аффект тревоги.



Рис. 13. Скорбь.



Рис. 14. Глубокая печаль.



Рис. 15. Безутешный плач.



Рис. 16. Отчаяние.



Рис. 17. Невыносимые душевные муки.

Больная 52 лет. За полгода до начала заболевания стала особенно скупой, подозрительной и недоверчивой. Тревога нарастала. Возникла суетливость и растерянность. Ночью больная будила детей и просила их охранять от воров. Представленные фотографии выразительны. Больная вся во власти своих тяжелых переживаний. Плачет, ломает руки, молит о помощи. Характерны глаза больной, полные безысходной тоски.

У ряда больных к тоскливым состояниям присоединяется значительное психомоторное возбуждение, доходящее в выраженных случаях до настоящей ажитации.

У больных с бредовым синдромом содержание его накладывает характерный отпечаток на клиническую картину мимических нарушений. Так, при бреде преследования в мимической деятельности находят свое отражение выражения настороженности (рис. 18), подозрительности (рис. 19), напряженности (рис. 20). При пресенильном бреде ущерба мимические компоненты подавленности тесно переплетаются с мимическими выражениями страха, раздражительности, гневливости, нередко в сочетании с большой говорливостью.

Симптоматология мимических расстройств у страдающих пресенильными психозами в некоторой степени помогает отграничению данного заболевания от других форм психозов возраста обратного развития. Так, от мимических сдвигов при артериосклеротических психозах они отличаются отсутствием гнездных поражений, а от старческого слабоумия меньшей степенью нарушений, что связано с большей их сохранностью.

Переходим к сосудистым поражениям центральной нервной системы. Встречающиеся при



Рис. 18. Настороженность.



Рис. 19. Подозрительность.



Рис. 20. Напряженность.

церебральном артериосклерозе неврологические и психические изменения определяют в той или иной степени нарушение мимической деятельности.

Характер мимических нарушений, степень их выраженности зависят в основном от особенностей атеросклеротического процесса, его локализации в каждом конкретном случае и от интенсивности течения болезни. Вовлечение в патологический процесс более крупных сосудов обусловливает более выраженные очаговые изменения и, следовательно, более грубые мимические расстройства.

Как и при описанных выше психозах возраста обратного развития, также и здесь кожа теряет свою эластичность, становится дряблой, приобретает болезненную, землистую окраску. Характерная симптоматика мозгового артериосклероза (головные боли, головокружения, быстрая утомляемость, ослабление памяти и эмоциональная неустойчивость) отражается в мимике выражениями растерянности, подавленности и наряду с этим раздражительностью и слабодушием, повышенной слезливостью. Малейший пустяк — не так произнесенное обращение, сделанное замечание, резко поставленный вопрос и т. д.— заставляет таких больных плакать. Поражает быстрота реакции. Лицо принимает горестное выражение, углы рта расслабляются, взгляд становится печальным, глаза — увлажненными. Однако подобное состояние быстро проходит. Больные легко отвлекаемы. Уже через короткое время в целом ряде случаев настроение меняется, слезы высыхают, появляется улыбка, а подчас и смех.

По мере дальнейшего нарастания атеросклеротического процесса и очаговых поражений в мимической деятельности выступают более или менее выраженные неврологические симптомы; последние могут быть двусторонними и односторонними, вследствие чего появляются мимические асимметрии: неравномерность глазных щелей, перетягивание углов рта, сглаженность носогубной складки и т. д. Общее выражение лица у таких больных переутомленное, безразличное. Одновременно наблюдаются различные расстройства речи, деформирующие ротовую мимику и еще более усиливающие общую диссоциацию мимических функций в связи с мобилизацией компенсаторных мимических механизмов.

Больной 59 лет (рис. 21). С 53 лет возникла раздражительность, суетливость, непоседливость. Ухудшилась память: забывал закрывать входную дверь, брать с собой нужные вещи и т. д. Год назад внезапно появился шум в голове, стало «что-то» двигаться в глазах, боялся ступить. Сознания не терял. Расстроилась походка, начал ходить «как-то боком». Память еще больше ухудшилась: забывал тушить керосинку и т. д. Возникла подозрительность. Больному казалось, что его преследуют и хотят убить.

Зрачки слегка неравномерны, левый чуть больше правого. Реакция на свет и конвергенцию вяловата. Язык слегка уклоняется влево. Патологические рефлексы Оппенгейма и Россолимо. Артериальное давление при поступлении 200/120 мм рт. ст.

Соматически измененный фон лица. Дряблая морщинистая кожа с серо-желтым налетом. В мимической деятельности доминируют выражения раздражительной слабости и гневливости на фоне напряжения. Неврологические симптомы придают мимическим функциям несколько асимметричный и диссоциированный характер. Мимическая деятельность в целом мало выразительна, однотонна, недостаточно дифференцирована, бедна нюансами.



Рис. 21. Диссоциация мимических функций.

Еще более грубые мимические расстройства мы встречали при тяжелой форме артериосклероза мозга, протекающей с припадками. Перед припадком у больного можно иногда наблюдать выражение растерянности, усиливаемое головокружением. Затем лицо бледнеет, становится гипомимичным, и больной падает в обморок.

При выходе из обморочного состояния бледное лицо начинает понемногу приобретать окраску и появляется сначала слабая, а потом и более выраженная мимическая игра. Больной открывает глаза и пытается отвечать на вопросы. Иногда мы наблюдали беспорядочную мимическую игру в постприпадочном состоянии, свидетельствовавшую о спутанности и возбужденном состоянии больных.

В подобных случаях мимические функции могут еще более деформироваться очаговыми поражениями, которые при инсультах апоплексического характера иногда принимают значительные размеры. Приводим пример.

Больной 67 лет (рис. 22). В возрасте 62 лет в связи с плохим самочувствием обращался в лечебное учреждение, где диагностировали гипертонию. Артериальное давление было 270/180 мм рт. ст. Через 2 года произошел инсульт с правосторонним нерезко выраженным гемипарезом и расстройством речи. После одного обморока наблюдалось состояние общей спутанности в течение нескольких дней. Был тревожен, плохо спал, физически ослаб.

Зрачки равномерны, вялая реакция на свет, при конвергенции правый глаз отклоняется. Язык отходит влево. Дезориентирован в месте и времени. Не может подобрать нужные слова. Беспомощен, растерян, путает прошлые события с настоящими. Резко измененный соматический фон лица; морщинистая кожа с желтовато-серым оттенком. Растерянное, несколько возбужденное выражение лица, блуждающий неосмысленный взгляд.



Рис. 22. Остаточные явления после перенесенной апоплексии.

В связи с сознанием собственной неполноценности у ряда больных развивается депрессия. В их мимике мы наблюдаем выражения печали, боязни, страха, иногда напряжения.

В исходных состояниях артериосклероза мозга, при наличии значительной деградации личности соматической и психической, мимические расстройства отражают глубокое слабоумие. На фоне резкого истощения и самотической слабости выступают признаки гипомимии. В еще более тяжелых случаях больные лежат неподвижно, устремив безразличный взгляд в пространство. Их лицо мало выразительно, амимично, свидетельствует о состоянии маразма.

Глава 6

Мимические расстройства в клинике эпилепсии

В клинике эпилепсии наблюдается значительная полиморфность мимических нарушений как по характеру, так и по интенсивности.

Гемодинамические факторы, участвующие в генезе судорожного припадка, воздействуют и на мимические функции. Поскольку и подкорковые узлы связаны с механизмами припадков, становится более ясной корреляция их с мимическими нарушениями, отмечаемыми на всех этапах припадка.

Нередко наблюдается слабая дифференцировка мимической игры и ее недостаточная пластичность, которые иной раз можно встретить в клинике эпилепсии. Иногда некоторое значение имеют соматические компоненты в виде измененной архитектоники черепного и лицевого скелета,

явлений недоразвития и инфантилизма, диспластического телосложения в целом, распространяющегося нередко на голову и лицо. Известную роль в патогенезе мимических нарушений играет полярность между замедленностью моторики и ее взрывчатостью. Надо думать, что эндокринные сдвиги, имеющиеся в клинике эпилепсии, влияют в какой-то степени и на процессы формирования дисмимической симптоматики.

Мимические расстройства при эпилепсии своеобразны и характерны и в достаточной мере известны клиницистам. Наибольшей выразительности достигают они в клинике судорожного припадка. Обычно еще задолго до наступления судорожного припадка, иногда за несколько дней, среди других предвестников грядущего приступа можно видеть и определенные мимические изменения: выражения тоскливости, повышенной раздражительности, разбитости и общего недомогания. Характерно доминирование в мимических картинах этого этапа признаков растерянности, какой-то неудовлетворенности и все возрастающей тревоги (расслабленные черты лица, блуждающий боязливый взор, полураскрытый рот).

Уже при ауре возникают «мимические предвестники», которыми по существу и начинает проявляться надвигающийся припадок. Мимические изменения мы наблюдали при всех видах ауры — двигательной, сенсорной и т. д. Следует отметить, что особенности ауры накладывают свой отпечаток на характер мимических расстройств. Неприятные соматические ощущения и разнообразные боли, которые бывают при сенсорной ауре, проецируются на лице в виде страдальческих и депрессивных мимических знаков.

Особенно богата мимическими проявлениями моторная аура, при которой наряду с общими двигательными нарушениями отмечаются подергивания отдельных лицевых мышц, стереотипные мимические движения губ, глаз, повороты шеи и т. д. Иногда по лицу пробегают изолированные судороги и разнообразные гримасы.

Психическая аура проявляется преимущественно мимическими выражениями аффекта страха и его высшей формы — ужаса (напряженные черты лица, широко раскрытые глаза, застывшая гримаса страха). Изредка наблюдаются отдельные выкрики, стоны, мычание и т. д., сопровождаемые соответствиующими дисмимическими картинами.

Вслед за аурой наступает припадок. Мимика перехода ауры в начальную стадию припадка ярка и типична. Внезапно больной теряет сознание и падает. Наступает судорожная стадия припадка, которая сопровождается громким пронзительным криком (связанным с тонической судорогой мышц дыхательной системы и сужением голосовой щели). Проявляющийся одновременно спазм сосудов лица обусловливает значительную бледность его кожных покровов (рис. 23).

Своеобразна мимика первой тонической фазы припадка. Мышцы лица напряжены, они застыли в судорожной гримасе пронзительного крика. Глаза обычно широко раскрыты. В самом начале припадка наблюдается сужение зрачков, а затем их расширение, реакция на свет отсутствует. Взор направлен или вверх, или в сторону поворота головы. Оба глаза отводятся обычно в одну сторону и не конвергируют. Вследствие застой-



Рис. 23. Эпилепсия (предприпадочный крик).

ных явлений в сосудах кожных покровов судорожно-напряженное и искаженное лицо приобретает синюшную окраску (цианоз), так как из-за судороги грудобрюшной преграды дыхание становится очень слабым. Это общее напряжение тела сказывается и на его отдельных мышечных группах. В частности, бросаются в глаза резко сжатые челюсти. Такое тоническое мимическое выражение длится от 10 до 30 секунд, затем тоническая фаза припадка переходит в клоническую, что находит свое отражение и в мимической картине.

Появляются единичные толчки в отдельных мышцах. На лице они возникают в виде изолированных подергиваний различных мышц и совокупных мышечных групп. Затем клонические судороги нарастают с большой быстротой, вызывая бурную беспорядочную мимическую деятельность. Голова подвергается прерывистым толчкам, ротовая щель растягивается и стягивается, углы рта судорожно дергаются. Изо рта выталкивается язык и нередко судорожно прикусывается.

Застывшая на лице во время тонической фазы статическая гримаса крика разглаживается. Все мышцы лица начинают дергаться, и глаза больного как бы вторят им своими судорожными движениями. Клонические подергивания дыхательных мышц и гортани вызывают хриплое и затрудненное дыхание, а также отдельные стоны, что придает мимике особое выражение и усиливает компоненты ее страдальческой выразительности.

Усиливается секреция слюнных желез. Образующаяся в избытке слюна взбивается судорож-

ными подергиваниями языка, жевательных мышц и глотки и в виде пенящихся пузырьков выступает на раскрытых губах, сосредоточиваясь в углах рта. Иногда к пенистой слюне примешивается кровь от прикусов языка, и тогда она принимает характерный для эпилептического припадка кровянистый цвет.

По мере усиления клонических судорог возрастет кровяное давление. Пульс становится напряженным и частым. Дыхание учащается и совершается толчкообразными движениями. Лицо теряет бледный оттенок и становится красным, иногда багровым, на нем нередко выступают крупные капли пота. В целом мимика беспорядочна и напряжена. Грубые клонические подергивания придают лицу выражение тяжелого страдания.

Когда клоническая фаза припадка начинает идти к концу, интенсивность судорог уменьшается и они постепенно слабеют. Клонические подергивания замедляются и, наконец, затихают. Беспорядочная, бурная мимическая игра постепенно успокаивается. Багровый цвет кожи начинает бледнеть, и глубокие вдохи завершают акт клонической фазы припадка. Члены тела расслабляются. На лбу часто выступает пот. Больной лежит в глубокой коме. Дыхание становится спокойнее, пульс теряет свою напряженность.

Эта последняя стадия сопровождается своеобразными мимическими картинами. Постепенно неупорядоченная мимическая деятельность становится более организованной, лицо делается спокойнее, но компоненты страдальческого выражения еще сохраняются. Больной тяжело дышит. У него хриплое (часто с храпом) дыхание. Лицо

становится опять бледным, иногда оно цианотично. Печать значительного соматического недомогания, усталости и разбитости лежит на нем. Сознание еще отсутствует, лицо неосмысленное, амимичное. Реакция на болевые раздражения отсутствует. Постепенно на лице возникают первые проблески возвращающегося сознания, но больной пока еще не ориентируется. Сознание возвращается к нему частично, и лицо становится все более и более осмысленным. Для этого состояния характерен мимический феномен «тянущегося взгляда». Симптом тянущегося взгляда следует рассматривать как один из признаков типичной картины выхода из состояния помраченного сознания.

Последняя фаза припадка — это фаза сна, в который обычно больные погружаются по окончании припадка. Мимика этой фазы обычно соответствует мимическому выражению спящего человека, но некоторые отличия преходящего характера можно отметить и здесь: лицо бледное, осунувшееся, с большими темными кругами под глазами.

Особо следует остановиться на мимических расстройствах у больных в состоянии эпилептического статуса. При нем мимические нарушения достигают наибольшей интенсивности. Беспрерывное повторение судорожных разрядов с одновременным нарастанием их силы еще более утяжеляет мимические нарушения, которые складываются в силу своей повторяемости в однообразную искаженную, напряженную мимическую маску.

При малом припадке мимические расстройства соответствуют основной симптоматике забо-

левания — кратковременным затемнениям сознания без моторных рязрядов. Отсюда и соответствующая дисмимическая симптоматика. В момент наступления припадка лицо покрывается разлитой бледностью, теряет свое осмысленное выражение, становится безучастным, безразличным. Аналогично изменяется и взгляд больного. Он становится тусклым и устремленным куда-то вдаль. Иногда изолированные легкие судорожные подергивания пробегают по отдельным мышцам лица. Нередко отмечаются выкрики слов и фраз. Живая до припадка мимика теряет свою подвижность и уступает место сглаженному амимичному лицу.

Характерна мимика выхода из малого припадка. Больные делают глубокий вдох, иногда причмокивают при этом языком, реже производят жевательные и глотательные движения.

Бывают случаи, когда больные эпилепсией, не будучи вовремя переведены с опасных участков работы, получают во время припадков повреждения (рис. 24).

Больной 25 лет. Работал истопником у котлов. Во время припадка на работе получил значительные ожоги. Соматический фон лица резко деформирован после ожога. Кончик носа разрушен. Глазные щели сужены рубцами. На голове резидуальные зарубцевавшиеся поверхности кожных покровов. Общее впечатление от лица — искаженная маска. Оно усиливается в таком плане, когда больной улыбается.

Внезапно возникают мимические расстройства при эпилептических изменениях настроения. Резко меняется психическое состояние больных, и в соответствии с этим на лице проецируются мимические картины раздражительности, гневли-

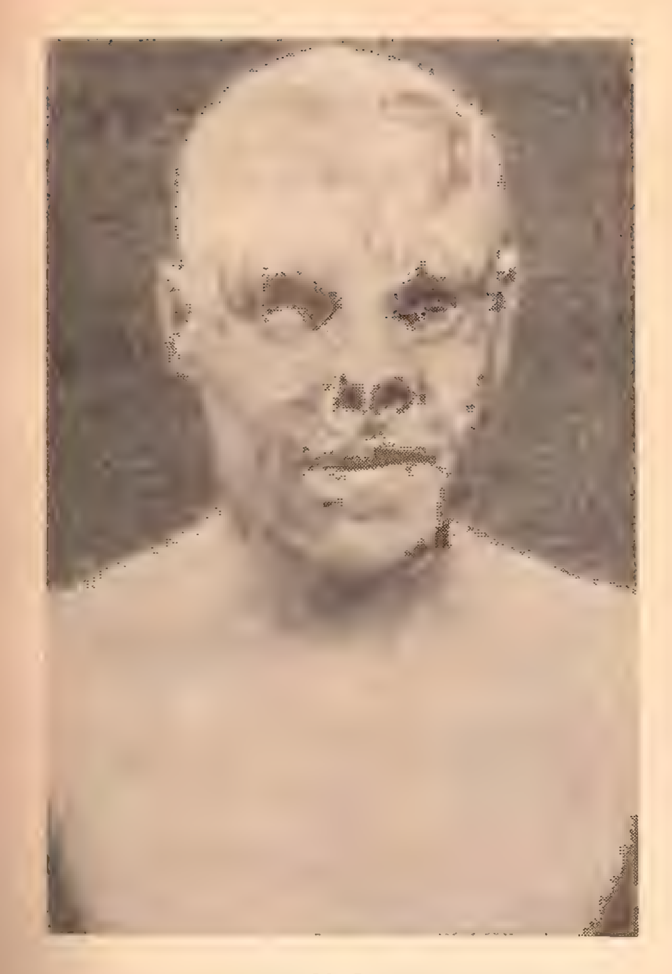


Рис. 24. Рубцевые поражения лица на почве ожога.

вости, тоски, злобности. Нередко больные горько плачут (рис. 25). Иногда они бывают в состоянии экстаза, с одухотворенным лицом, благоговейно устремленными кверху глазами, особыми переживаниями (рис. 26).

Длительность этих мимических трансформаций бывает самой разнообразной — от нескольких минут и часов до дней и даже месяцев. В отличие от маниакальных состояний при циркулярном психозе можно отметить, что в дисмимиях эпилептиков даже в моменты подъема настроения выступают ярко выраженные компоненты напряженности, чуждые клинике циркулярного психоза.

Заслуживают внимания мимические нарушения при сумеречных состояниях сознания. Дезориентировка больных придает мимике выражение растерянности. Наличие обманов чувств накладывает отпечаток на мимическую игру. Нередко при таких состояниях наблюдается значительное психомоторное возбуждение. Глаза блестят, раздуваются крылья носа, дрожат губы, а иногда и щеки. Взгляд неустойчивый, бегающий, то хмурый, то ласковый, то смотрящий вперед, то притупленный. Иногда больной глядит исподлобья, временами принимает испуганный вид.

Однотонные дисмимические картины наблюдаются при тех сумеречных состояниях, которые протекают по типу сомнамбулизма, когда больные с малоподвижным, застывшим лицом совершают автоматические действия (рис. 27).

При сновидных состояниях сознания мы наблюдали вялую и замедленную мимическую деятельность; в мимике доминирует неосмысленное сонливое выражение, мимические трансфор-



Рис. 25. Расстройство настроения у больной эпилепсией.



Рис. 26. Состояние экстаза.



Рис. 27. Сомнамбулизм.

мации совершаются с задержками, мимические реакции на окружающее почти отсутствует (рис. 28).

Особенно вариабильны мимические нарушения при делириозной спутанности у больных эпилепсией (рис. 29). В ряде случаев делириозной спутанности мы наблюдали ступорозные состояния, похожие на кататонические. Больные малоподвижны, их лица недостаточно выразительны, гипомимичны и даже амимичны. Однако и при подобных состояниях можно обнаружить в мимике признаки значительной напряженности и страха, говорящие наряду с другими симптомами об эпилептическом характере данных патологических картин.

Мимические нарушения при особых состояниях сознания менее выражены, чем при сумеречных состояниях (рис. 30). При этом наблюдаются и некоторые различия. Они обусловливаются мимическими компонентами, которые свидетельствуют о не полном расстройстве сознания, так как с больными удается вступать в контакт, а на их лицах выступают выражения частичного понимания окружающей ситуации.

При эпилептическом параноиде мы отмечали мимические нарушения, напоминающие параноидную форму шизофрении. Однако в отличие от мимических проявлений параноидных переживаний при шизофрении мимические компоненты эпилептического параноида наслаиваются на уже измененный эпилепсией мимический фон (рис. 31).

Отмечаемые при хронических эпилептических психозах мимические изменения настолько ха-



Рис. 28. Сновидные состояния сознания.



Рис. 29. Делириозная спутанность.



Рис. 30. Особые состояния сознания



Рис. 31. Эпилептический параноид.

рактерны, что в исходных затяжных состояниях все больные удивительно похожи друг на друга, как фотокопии одного и того же негатива (рис. 32). Этот процесс изменения мимической деятельности в соответствии с особенностями психики больных является длительным и постепенно нарастающим. Грубеют черты лица, выражение его становится тупым и угрюмым, мимические функции резко бледнеют.

Замечено своеобразное выражение глаз у больных, страдающих эпилепсией. Так, у больных эпилепсией детей мы нередко наблюдали широко раскрытые глаза, смотрящие как-то по-особому вдаль (рис. 33). При более внимательном их исследовании можно часто заметить значительное расширение зрачков («васнецовские глаза»). У других детей это своеобразие взгляда может выражаться в его напряженном устремлении в сторону (рис. 34), вверх (рис. 35). У взрослых больных взгляд иногда имеет специфический оттенок («тяжелый», «свинцовый», «оловянный»), который в свое время был описан В. Ф. Чижом.

В выраженных случаях эпилептическая дисмимическая симптоматика бывает настолько выразительна, что опытный врач безошибочно ставит предварительный диагноз, исходя только из внешнего облика больного.

Дифференцируя эпилептическую мимику от истерической, можно указать на целый ряд отличий, имеющих несомненное диагностическое значение. При истерическом припадке в мимических расстройствах не выявляется той своеобразной фазности, которая характерна для эпилептического припадка. Отсутствует также непод-



Рис. 32. Затяжные (исходные) состояния.



Рис. 33. «Васнецовские глаза».



Рис. 34. Взгляд, устремленный вниз.



Рис. 35. Взгляд, устремленный вверх.

вижность зрачков и другие признаки глубокого помрачения сознания, которое тоже столь характерно для эпилепсии.

Дисмимии эпилептического припадка отличаются от таковых при истерии окраской кожных покровов. При эпилепсии (в начальной фазе припадка) сначала наблюдается побледнение лица, а затем появление цианотичной окраски. При истерическом припадке лицо приобретает ярко-красный оттенок в связи с повышенной гиперемией.

Обычно истерическая мимика живая, подвижная, богатая модуляциями и нюансами в отличие от огрубелой, обедневшей, тугой и малоподвижной мимики при эпилепсии.

Наряду с диагностическим дисмимическая симптоматика имеет и прогностическое значение в клинике эпилепсии. Степень выраженности мимических расстройств, ее сопоставление с давностью заболевания, ее корреляция с тяжестью основной симптоматики помогают в определении прогноза заболевания.

В заключение коснемся вопроса о возможностях симуляции мимических расстройств в клинике эпилепсии, что имеет известное значение для судебнопсихиатрической практики. В настоящее время очевидно, что симулировать эпилептический припадок, протекающий с характерной окраской лица и зрачковым феноменом, трудно. Нельзя симулировать стойкие нарушения мимики в сочетании со своеобразной речью и пантомимикой, свойственной хроническим психическим изменениям.

Глава 7

Мимические расстройства в клинике шизофрении

Изучению мимических расстройств при шизофрении должно предшествовать тщательное ознакомление с состоянием моторной сферы больных. Моторные нарушения в той или иной степени наблюдаются у подавляющего большинства больных. В основном эти нарушения сводятся к дисгармонии сферы выразительных движений. В результате процесса болезненно изменяется гармония позы, жеста и мимики. Движения больного в выраженных случаях теряют свою непринужденность, плавность, слаженность. Из моторной сферы по мере развития заболевания выпадают промежуточные звенья двигательной координации.

У ряда больных шизофренией наблюдаются патологические синкинезии, в том числе и в ми-

мической области, приводящие к излишним, ненужным, неэкономным и неуклюжим движениям. Наряду с этим психотическая симптоматика также оказывает свое воздействие на механизмы моторных функций. Нарастание психотического возбуждения находит свое отражение в двигательном беспокойстве. В ряде случаев вычурность и манерность больных шизофренией бывают настолько ярки, что уже при самом первом знакомстве с больным, без специального обследования, можно поставить диагноз (рис. 36).

В начальной стадии заболевания мимические расстройства дифференцируются в соответствии с остротой, темпом и формой начинающегося психоза.

При медленно нарастающем течении шизофрении в мимических выражениях обычно имеются признаки вялости на фоне начавшейся общей психотической астенизации личности. К этому присоединяется тревожность, выражающаяся в мимике проявлениями растерянности, неуверенности, боязни. Тонус лицевых мышц иногда повышен и в чертах лица проступает выражение напряженности. Немотивированные смены настроения находят свое отражение в мимике больных. Наблюдаются приступы смеха или плача (рис. 37 и 38). В некоторых случаях бросаются в глаза высоко приподнятые брови больных. Явственно выступают иногда вертикальные морщины у переносья. Глаза нередко широко открыты и ищут помощи. Выражение лица суровое. Черты его несколько заострены. Общая пантомимика замедлена.

Совершенно естественно, что бесконечному многообразию типов течения болезни, сочетанию



Рис. 36. Манерность.



Рис. 37. Приступ смеха.



Рис. 38. Приступ плача.

симптомов, форм заболевания и фаз болезни соответствует и огромное многообразие мимических выражений. Их трудно (а может быть, и невозможно) свести к единому знаменателю. В настоящем издании мы пытаемся представить наиболее типичные картины, иллюстрируя их фотоснимками, и, конечно, не претендуем на то, чтобы описать все многообразие и богатство мимических картин, наблюдаемых при шизофрении.

При подостром течении заболевания на передний план часто выступает депрессия, сочетающаяся с галлюцинаторно-параноидными переживаниями различной интенсивности. Больные напряжены (рис. 39), тревожны (рис. 40), ипохондричны (рис. 41). На лице обычно боязливое, нередко плачущее, недоверчивое выражение (рис. 42). Кожа лица бледная, посеревшая, мышцы расслаблены. Губы, щеки, нижняя челюсть несколько опущены, что придает лицу удлиненный, осунувшийся вид, усугубляемый общим похуданием («опавшее лицо»). Брови иногда приподнимаются, лоб покрывается горизонтальными морщинами, углы рта опускаются книзу, в связи с чем резче выступают носогубные складки. При плаче можно проследить расщепление лицевой моторики и, следовательно, мимических функций (рис. 43).

При бурном начале шизофрении в клинической картине доминируют явления значительного психомоторного возбуждения. Больные находятся в беспрестанном движении, кричат, поют, свистят, ругаются, проявляют наклонность к агрессивным поступкам. Эти состояния сопровождаются повышенной мимической деятельностью



Рис. 39. Мимика при обманах чувств.



Рис. 40. Тревожно-напряженное выражение лица.



Рис. 41. Тоскливое выражение.



Рис. 42. Плаксивое выражение.



Рис. 43. Плачущий больной. Эмбриональная поза.

с большой вариабильностью мимических картин. Больные гримасничают, манерны, стереотипны (рис. 44 и 45). Иногда при очень большом возбуждении больные шизофренией по выражению лица напоминают соматических больных, настолько явственно на лице выступают явления токсикоза: гиперемия кожных покровов, ссохшиеся, запекшиеся губы, своеобразно измененные, как бы пьяные глаза и некоторая сальность лица.

При простой форме шизофрении, по мере нарастания процесса, на фоне общего медленного эмоционального оскудения и интеллектуальной деградации соответственно трансформируется мимика с нарастанием компонентов безразличия, апатии, вялости. У таких больных с течением времени мимические функции становятся тусклыми, маловыразительными. Мимические вариации и нюансы как бы растворяются. Мимические переходы теряют компоненты плавности и гармоничности и становятся как бы стертыми. В дальнейшем лицо становится все более безразличным, принимая своеобразное апатически-абулическое выражение (так называемое пустое лицо).

Расщепление психики, нарушение внутреннего единства личности отражается в мимике явлениями диссоциации, которые в грубых и далеко зашедших случаях мимической дезинтеграции выступают как знаки «мимической разорванности». Их можно рассматривать как проявления распада мимических выражений, как непосредственные отголоски нарастания процесса. Одно из характерных проявлений расщепления мимической деятельности представляет немотивированный смех (рис. 46).



Рис. 44. Острое начало заболевания.



Рис. 45. Гримасничанье.



Рис. 46. Немотивированный смех.

В выраженных случаях диссоциации отмечается иногда асимметрия мимической игры. Встречаются больные с «двойной мимикой» — на одной половине лица депрессивное выражение (несколько опущено верхнее веко, свисает один угол рта, печальный взгляд), в то время как на другой половине лица можно видеть парадоксально безразличное выражение, потухший взор, застывший в своей неподвижности. При значительном расщеплении мимической деятельности можно говорить об «обломках мимики». Имеются наблюдения, когда горизонтальные морщины лба и сам лоб, приподнятый кверху, формируют один мимический обломок (выражение удивления), смеющиеся глаза — другой (радость), опущенные углы рта — третий (печаль). Наблюдающиеся при этом синкинезии можно в ряде случаев рассматривать как компенсаторные механизмы развертывающегося страдания.

При гебефренических формах болезни мимические расстройства очень характерны. Важным является то, что они чаще всего развиваются в подростково-юношеском возрасте. В этот период мимический облик больных еще не завершен, не созрел полностью. Начальная стадия развития мимических нарушений при гебефрении во многом напоминает клинику мимических нарушений при простой форме шизофрении. При вялом начале заболевания мимические нарушения проявляются медленно, с постепенным нарастанием и утяжелением симптоматики (рис. 47). Кожные покровы лица теряют эластичность. В связи с развивающимися иногда явлениями гипотонии мышц лицо кажется удлиненным.



Рис. 47. Вялое течение заболевания при гебефрении.

При навязчивых состояниях отмечаются своеобразные вариации дисмимий. Основной их фон складывается из той внутренней борьбы, которую нередко переживают больные и которая обусловлена, с одной стороны, сознанием нелепости навязчивой идеи, а с другой — ощущением собственной беспомощности и неспособности борьбы с ней. Для таких больных характерно боязливое напряжение, сочетающееся с беспомощным выражением лица. Иногда на лице блуждает виноватая улыбка, являющаяся попыткой маскировки болезненного состояния (рис. 48).

В более выраженных случаях можно наблюдать в мимике больных своеобразную борьбу мотивов, т. е. попытки борьбы с навязчивостью, которые отражаются в мимике рядом знаков: закрыванием глаз, вздрагиванием углов рта, общим напряжением лица (рис. 49). Иногда это проявляется в резком подъеме головы и плотно сжатом рте (рис. 50), в других случаях — в своеобразно опущенной голове (рис. 51).

По мере нарастания патологического процесса в клинике гебефрении начинает все явственнее выступать симптоматика дурашливого поведения, в основном и определяющая своеобразие данной формы шизофрении (рис. 52). Оно накладывает отпечаток и на область мимических функций.

В ярких случаях (рис. 53) отмечается очень подвижная мимическая деятельность с феноменами гримасничанья и манерничанья. Общеизвестны наблюдающиеся у больных всевозможные мимические ужимки: больные морщат лоб,



Рис. 48. «Виноватая» улыбка.



Рис. 49. Закрывание глаз (мера защиты).



Рис. 50. Подъем головы (мера защиты).

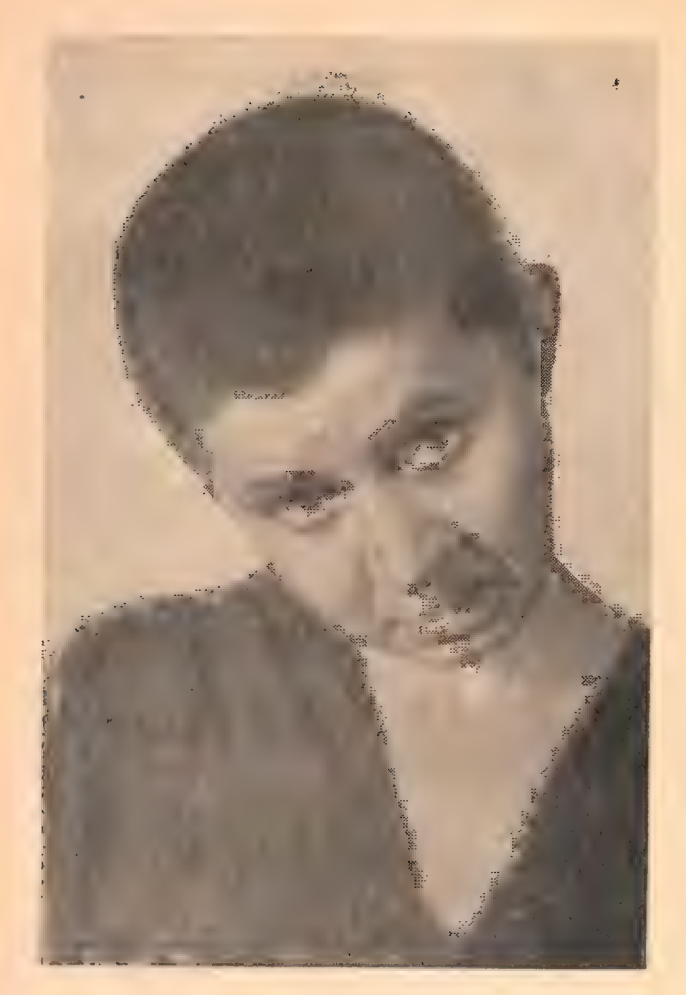


Рис. 51. Опускание головы (мера защиты).



Рис. 52. Дурашливое поведение.

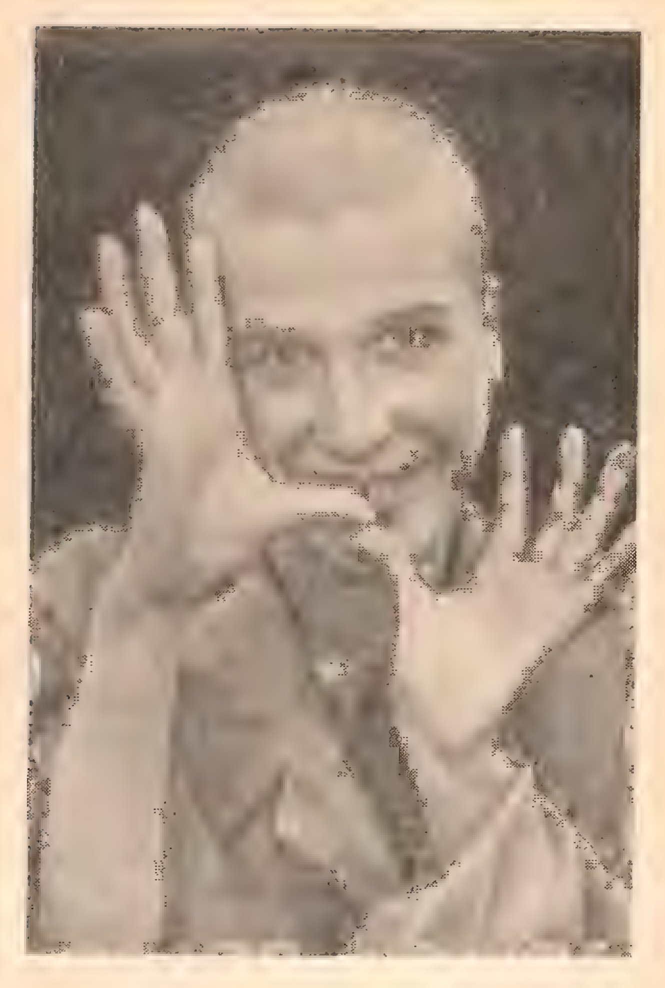


Рис. 53. Манерничанье.

нос, раздувают щеки, кривят губы, вытягивают их в трубочку, высовывают язык, оскаливают зубы, закрывают глаза, закатывают их кверху, таращат их, вращают во все стороны и т. д. Повторяются эти гримасы стереотипно — неустанно, однотонно. Часто у больных отмечается как бы театрализация мимики. Еще бо̀льшая вариабильность дисмимических картин встречается при гебефреническом возбуждении (рис. 54, 55). Получается своеобразная скачка мимики, при которой беспорядочной вереницей сменяются мимические выражения, как вы наезжая друг на друга. Почти при всех этих дисмимиях можно обнаружить элементы парамимий, более или менее выраженных. Бросается в глаза мимическая несогласованность как между отдельными частями лица (правая — левая, верхняя — нижняя), так и между группами мышц.

С дальнейшим течением заболевания яркая мимическая симптоматика больных тускнеет и в затяжных исходных формах нивелируется все более и более, утрачивая свои отличительные для гебефрении знаки и приближаясь к общим картинам шизофренических дисмимий.

Ярка кататоническая дисфункция мимики. Отдельные кататонические черты встречаются и при других клинических формах шизофрении, но там они носят второстепенный, большей частью преходящий, характер. Совершенно иное приходится наблюдать при выраженных кататонических состояниях. При вялом течении процесса отмечается апатичная, скудная, со статично застывшим выражением и замедленными, растянутыми во времени отдельными мимическими формулами мимическая деятельность



Рис. 54. Двигательное беспокойство.



Рис. 55. Нарастание двигательного беспокойства.

(рис. 56, 57, 58). В мимической игре проявляются стереотипии, иногда гиперкинезы в отдельных частях тела. Нередко больные застывают (рис. 59). При более выраженных кататонических состояниях лицо становится напряженным (рис. 60, 61).

При переходе в кататонический ступор лицо застывает, становится неподвижным (рис. 62; 63). При полном акинезе мимической деятельности и длительном ее застывании можно говорить о масковидной неподвижности лица (рис. 64, 65, 66). Для кататонического ступора характерно нередкое сочетание общего акинеза лица с отдельными парциальными гиперкинезами, например резкие горизонтальные и вертикальные морщины лба и флюктуирующие гримасы (рис. 67). Иногда можно наблюдать стереотипные гиперкинезы отдельных мышечных групп и даже изолированных мышц (рис. 68, 69, 70).

При кататоно-ступорозных мимических расстройствах встречаются различные клинические картины, начиная от легких степеней психомоторной заторможенности, малоподвижности и т. д. и кончая тяжелыми ступорозными состояниями, являющимися крайней степенью психомоторной заторможенности (рис. 71).

Интересно отметить, что элементы шизофренической диссоциации и парамимии можно проследить и на полностью застывшем лице. Так, встречаются больные, у которых на фоне как бы оцепенелого лица мимическое застывшее выражение одной половины лица более выражено, чем выражение другой. Наблюдаются парамимии и по вертикали — неравномерность мимических картин верхней и нижней половины лица.



Рис. 56. Кататония.



Рис. 57. Вялое течение заболевания.

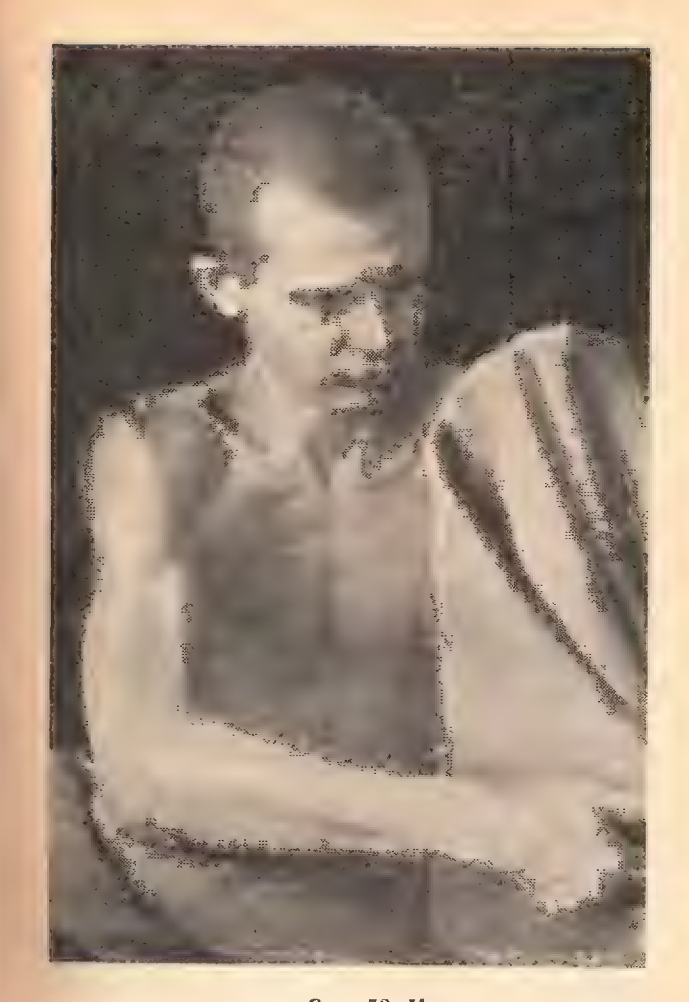


Рис. 58. Клиническая вариация течения болезни.



Рис. 59. Застывание.



Рис. 60. Напряженное выражение лица при кататонии.



Рис. 61. Тонирование лобной мышцы.



Рис. 62. Кататонический ступор.



Рис. 63. Клиническая вариация кататонического ступора.



Рис. 64. Амимия.



Рис. 65. Клиническая вариация течения заболевания.



Рис. 66. Отчужденность.



Рис. 67. Мимика мучительных переживаний в ступоре.



Рис. 68. Зрительные обманы у кататоника.



Рис. 69. Двое больных в кататоническом ступоре.

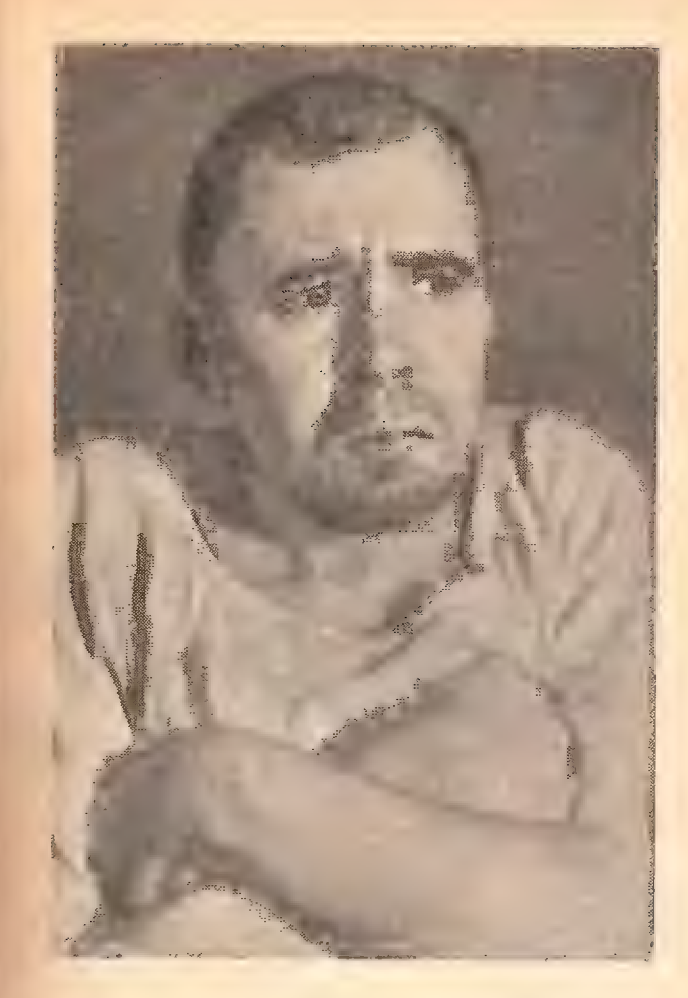


Рис. 70. Частичный гиперкинез лицевых мышц.



Рис. 71. Кататоник под одеялом

Несмотря на заторможенность мимики в подобных состояниях, все же в ней, правда в ослабленном виде, отражаются внутренние переживания больных. Об этом свидетельствуют некоторые данные: вазомоторные сдвиги кожных покровов лица, активная реакция зрачков на болевые раздражения.

Для ступорозной мимики характерен феномен «хоботка» — стереотипная гримаса, при которой губы выпячиваются в трубочку. Этот феномен вариабилен в своей выраженности, начиная от едва заметных микропроявлений и кончая резкими, грубыми формами выдвижения губ вперед. Вариации его отмечаются и в отношении времени: он может длиться несколько мимолетных секунд либо завершаться спастическим удерживанием в течение значительного отрезка времени. Наблюдаются и парциально выраженные симптомы хоботка, когда эта гримаса выражается выпячиванием только одной губы — верхней или нижней. При малой выраженности феномена можно говорить об «абортивном хоботке». Нередко явления хоботка сопровождаются так называемыми зарницами — легкими, крайне подвижными и быстро преходящими гримасами. Они могут появляться и самостоятельно.

Отдельные симптомы ступорозных состояний также накладывают свой отпечаток на мимику больных. Как правило, негативизм усиливает основной тон ступорозной мимики (рис. 72). При попытках вступить с таким больным в контакт отмечается, что он крепче стискивает зубы, плотнее сжимает губы, закрывает или отводит глаза и на лице проецируются выражения



Рис. 72. Негативизм.

неудовольствия, протеста, упрямства. При попытках заговорить с таким больным у него еще более акцентируется мимика мутизма (стиснутые зубы, сжатые губы, отвернувшееся лицо).

Своеобразна и пластична мимика при каталепсии (рис. 73, *а* и *б*). Лицо и фигура в целом напоминают материал скульптора, т. е. такую массу, из которой можно лепить любые мимические формулы. Так, открывая и закрывая рот больного, его глаза, приподнимая его голову и т. д., можно в известной степени, по желанию экспериментатора, получать простые мимические формулы; интересна псевдовосковидная гибкость, когда ступорозные больные, зная, чего от них добивается врач (при повторных исследованиях мимических функций), сами, не дожидаясь указаний экспериментатора, спонтанно производят то или иное движение (открывают рот, закрывают глаза и т. д.) и сохраняют это положение в таком состоянии некоторое время, подобно больным в состоянии настоящей каталепсии.

Надо отметить, что псевдовосковидная гибкость встречается при кататонии чаще, чем у других больных, и представляет собой переход к другим явлениям повышенной внушаемости, как, например, эхомимии, эхолалии и др. (рис. 74).

Вазомоторные нарушения при ступоре своеобразно усиливают патологически измененную мимику и интенсифицируют процессы ее деформации. При падении сердечной деятельности у больных отмечаются следующие явления, имеющиеся в соматике лица: цианоз в результате венозных застоев, похолодание щек, бледные бескровные губы, запавшие глаза.



Рис. 73, а. Каталепсия.



Рис: 73, б. Каталепсия.



Рис. 74. Эхомимия, эхолалия.

При нарушениях сосудистой иннервации лицо иногда принимает темно-красную окраску. В других случаях особенно резко бросается в глаза бледность кожных покровов, так называемая бледность мертвеца, или кожа трупа. Интересно отметить, что при внезапном выходе больного из ступора лицо его немедленно принимает нормальную окраску и отдельные части его кажутся как бы заново инъецированными кровью, т. е. как бы оживленными. Подобные трансформации мимического фона и мимической активности нередко бывают настолько резко выражены, что подчас даже трудно узнать изменившихся больных.

Своеобразные состояния кататонического возбуждения сопровождаются бурными мимическими нарушениями, особенности которых обусловливаются характером психомоторного беспокойства. Выражение лица у больных быстро меняется, как на экране, и с различными вариациями стереотипно повторяется. Отсутствует гармоничное единство мимических функций, отмечается разорванная, парамимическая, огрубевшая мимическая деятельность. Много гримас — больные морщат нос, кривят губы, вращают глазами, оскаливают зубы, скашивают рот, повторяя все это стереотипно. В зависимости от характера кататонического возбуждения наблюдаются паракинетические или же гиперкинетические стереотипии.

В данном отношении различают парциальные стереотипии, относящиеся к отдельным участкам лица, и тотальные стереотипии, обнимающие все лицо в целом. При значительной мимической игре можно говорить о своеобразном

мимическом беспокойстве. Нередко у больных наблюдается эхомимия, когда они подражают мимической деятельности окружающих, в частности персонала, карикатурно повторяя его мимические формулы. При этом на передний план выступает недостаточная дифференциация мимических регистров.

При данных состояниях вазомоторные колебания усиливают патологические изменения мимических функций. В качестве иллюстрации можно указать на внезапное покраснение лица. В других случаях наблюдается резкое побледнение лица во время приступов агрессии. Своеобразный отпечаток на все мимические функции накладывает возникающее явление вегетативной заторможенности, при котором вазомоторные функции временно как бы полностью выключаются, не участвуя в формировании мимических нарушений.

Часто встречаются явления быстрого чередования вазомоторных реакций с внезапным резким побледнением и покраснением лица. Иногда отмечаются своеобразные вазомоторные «припадки», когда густая краска заливает лицо и удерживается на нем в течение некоторого времени. Часто на этом фоне выступает значительная бледность вокруг рта. В других случаях при острых состояниях возбуждения раскрасневшееся лицо больного с широко раскрытыми глазами создает впечатление лихорадочного состояния, которое в литературе получило наименование «псевдофебрильного лица». При этом на высоте возбуждения пациенты напоминают соматических больных. На лице у них ярко выраженный отпечаток токсикоза. Запоминается

возбужденное красное подвижное лицо, истощенное бессонницей и двигательным беспокойством.

Нередко к этому присоединяются различные изменения кожных покровов трофического характера: гнойные фолликулиты, акне, экземы, принимающие также некоторое патопластическое участие в формировании мимических расстройств. Больные при этом худеют, лицо опадает, резче обозначаются впалые щеки, все увеличивающаяся бледность лица принимает грязно-желтый оттенок. Глаза при этом лихорадочно блестят. Губы иногда сухие, запекшиеся, местами надтреснутые.

Мимические структуры при этих состояниях могут быть расчленены на следующие компоненты: а) мимические нарушения, которые вообще характерны для шизофрении независимо от ее клинической формы, а именно: расщепление мимики и ее диссоциация — своеобразное мимическое руинирование, образование патологических дисмимических формул; б) добавочные элементы значительного гиперкинеза, который обусловлен специфичностью кататонического возбуждения и отражается на мимических функциях больных.

Наконец, к этому присоединяются различные состояния напряжения мышечной системы лица, вариационные колебания ее тонуса. Здесь диссоциация тонуса антагонистов и дезинтеграция импульсов обусловливают мышечную напряженность, характерную как для общей моторики при шизофрении, так и для ее микромоторики — мимических функций.

Отмечаемый антагонизм тонуса отдельных мышечных групп и частично даже отдельных

изолированных мышц придает лицу в сочетании с гиперкинезами лицевой микромоторики мимическое выражение клоуна, своеобразную «мимическую клоунаду». Это причудливые, нелепые, шаржированные мимические выражения с насыщенной «мимической какофонической экспрессией», обусловленные гиперкинетической парамимией. Больные много гримасничают. При мимической диссоциации отдельных фракций лица еще более усиливается впечатление его маскообразности. В качестве иллюстрации можно указать на усиленную мимическую игру ротовой области, разыгрывающуюся на общем фоне неподвижного амимичного лица. У таких больных отмечается повышенное речевое возбуждение, протекающее на фоне «пустого лица», лишенного даже слабых проявлений мимической экспрессии.

Аналогичное мимическое явление, только более редкое, отмечается при сочетании безразличного лица с повышенной «мимикой глаз»— больные жмурят глаза, открывают и закрывают их, таращат и т. д.

При переходе кататонического возбуждения в ступорозное состояние соответственно меняется психомоторика больного, его мимика и пантомимика. Клинические картины этих переходов вариабильны. В одних случаях данная трансформация совершается постепенно. Возбуждение медленно спадает и больные становятся вялыми, апатичными, впадая в ступор. В других случаях, наоборот, отмечаются внезапные переходы из состояния кататонического возбуждения в ступорозное и обратно. При первой вариации гиперкинетическая парамимия как бы внезапно обрывается и замораживается. Нередко это происходит буквально мгновенно. Больные замирают на месте и как бы превращаются в неподвижные статуи — так называемые «позы статуи». Некоторые из этих характерных поз в литературе получили наименование «положения Будды».

При импульсивных поступках, когда происходят кратковременные психомоторные разряды, в мимике наблюдаются соответствующие мимические «взрывы». Внезапно по лицу проносится гримаса. Застывшее выражение лица вытесняется гиперкинетической парамимией с тем, чтобы потом снова возвратиться в первоначальное исходное положение «статуи». Парамимический гиперкинез уступил свое место статическому акинезу. Иногда по некоторым малозаметным мимическим предвестникам можно распознать грядущее наступление импульсивного разряда. В литературе имеются соответствующие описания.

Заслуживает внимания следующая история болезни (рис. 75, 76, 77, 78).

Больной 37 лет. За год до начала заболевания больной заявил, что «прояснился весь». В течение всей этой ночи «прояснения» писал «поэму в рифмах». По свидетельству брата больного все написанное было очень сумбурно. Одновременно внес ряд рационализаторских предложений. Был тревожен. Опасался, что его предложения не примут. Стал многоречив, суетлив, возбужден.

В стационаре бо́льшую часть времени находится в состоянии двигательного и речевого возбуждения — жестикулирует, щелкает пальцами, хлопает в ладоши. Белье рвет, сбрасывает его с себя. Безумолку разговаривает сам с собой. При появлении персонала еще более возбуждается. Высказывания бессвязны, нелепы, отрывочны. На вопросы отвечает не по существу. Напряжен, производит стереотипные вращательные движения руками.



Рис. 75. Кататоническое возбуждение.



Рис. 76. В период утомления.



Рис. 77. Повышенная говорливость.



Рис. 78. Стереотипные движения.

Мимика: беспорядочные, хаотические мимические проявления («мимический калейдоскоп»), которые малоадекватны высказываниям. Эти мимические движения довольно стереотипны, но в связи с очень быстрой их сменяемостью создается впечатление большой их вариабильности. В мимике наиболее активны две группы мышц — ротовая и глазная. В связи с обильной речевой продукцией отмечается активная стереотипная гиперфункция зоны рта — быстрая речь, крики, пение. Одновременно больной производит глазами всевозможные движения: щурит их, вращает, таращит и т. д.

При значительном утомлении лицо становится бледным, усталым, изможденным, голос начинает срываться и хрипеть, глаза вваливаются в орбиты. Однако даже при этих состояниях максимального утомления, на высоте заболевания, мимическая активность не снижалась. С течением времени все эти острые явления прошли и у больного наступила хорошая ремиссия.

Особенно ярки мимические расстройства в клинике галлюцинаторно-параноидной формы шизофрении. Они отражают наличие обманов чувств и бредовых идей, которые столь характерны для данной клинической картины. Так как галлюцинаторно-параноидная форма часто развивается в более старшем возрасте, когда личность уже сложилась, то мимика больного дольше сохраняет свое противодействие патологическому процессу и в связи с этим поддается относительно меньшим изменениям по сравнению с предыдущими формами шизофрении.

Более медленное развитие в ряде подобных случаев обусловливает и менее заметные мимические сдвиги первичного характера. У ряда больных на первом этапе заболевания мимические расстройства первичного порядка проявляются микросимптоматикой.

Основные шизофренические мимические расстройства данной формы такие же, как и всех

остальных форм, т. е. расщепление мимики, ее дезинтеграция, потеря гармоничности, филигранности, выпадение промежуточных звеньев и т. д. Надо подчеркнуть, что все эти клинические проявления мимической дезинтеграции обычно развертываются не так активно, как при предыдущей форме, и не так быстро, как при всех остальных вариантах шизофрении.

В противоположность этим мимическим нарушениям значительнее выявляются мимические особенности, так сказать, вторичного порядка, вытекающие из психопатологической симптоматики (подозрительность, страхи и т. д.). В связи с этим довольно часто мимические расстройства вторичного характера появляются уже в самом начале заболевания.

В первую очередь отпечаток на формирование мимических нарушений при этой форме шизофрении накладывают обманы чувств и бредовые идеи. Характер этих обманов чувств, их содержание по отношению к больному — все это факторы, которые в той или иной степени участвуют в формировании мимических расстройств. Эти дисмимии обычно скоропреходящи, вариабильны и чрезвычайно изменчивы в зависимости от содержания обманов чувств, бредовых идей.

При слуховых обманах все тело больного как бы принимает устремленное положение в сторону источника звучания (рис. 79). Особенно это относится к повороту головы и к положению уха (рис. 80). Вся поза говорит об интенсивности внимания (рис. 81). В отделении мы часто видим больных с открытыми или закрытыми глазами, к чему-то прислушивающихся и что-то шепчущих. Иногда голова поднимается несколько



Рис. 79. Слуховые обманы.



Рис. 80. Поворот глаз в сторону «голосов».



Рис. 81. Напряженное вслушивание.

кверху или же склоняется вбок, и опять можно наблюдать мимику сосредоточенного лица, вслушивающегося во что-то важное для себя.

Каждому психиатру известна поза и мимика галлюцинанта. Лицо больного неподвижно вследствие огромной сосредоточенности. Брови несколько приподняты кверху и сближены между собой, в связи с чем и глазные щели более раскрыты, как бы для лучшего восприятия содержания «голосов». Сосредоточенное внимание подтверждается горизонтальными морщинами лба и вертикальными у переносицы (рис. 82). Но вот голоса зазвучали тише и, чтобы лучше их слышать, больной прикладывает ладонь к уху, образуя из нее рупор.

Мы видим лицо больного на рис. 83. Оно радостное, довольное, улыбающееся. Иногда в этих состояниях, как у нашего больного, рот несколько раскрывается и его углы отходят назад. Верхняя губа при этом приподнимается, а с ней и щека, которая как бы укорачивается и образует морщины смеха. Одновременно отмечаются, как у нашего больного, блестящие «искрящиеся» глаза с большим количеством морщинок, отходящих от наружного угла глаз («мимические гусиные лапки»). Эта мимика удовольствия и радости в зависимости от характера и содержания слуховых обманов то слабеет и затухает, становясь еле заметной и сходя на нет, то, наоборот, усиливается, поддерживаемая все улучшающимся самочувствием (рис. 84). В связи с усилением кровообращения нередко отмечается гиперемия лица и розовый румянец окрашивает мимический фон. При внезапном же изменении характера и содержания галлюцинаций так же быстро



Рис. 82. Сосредоточенное внимание.



Рис. 83. Веселая мимика («хорошие голоса»).



Рис. 84. Радостная мимика («приятные голоса»).

меняется мимическая игра. Брови активнее поднимаются кверху (рис. 85), интенсивнее тонизируется лобная мышца (рис. 86). Возросшая степень напряжения формируется новой модификацией мимической игры, в центре которой находятся широко раскрытые глаза («сделать большие глаза»).

У других больных тоже имеются слуховые обманы, но противоположного содержания. Вместо приятного и радостного больные слышат угрозы по своему адресу, брань, в общем все неприятное (рис. 87). Лицо выражает боязливость и нередко страх.

Рис. 88 знакомит нас с дисмимической картиной страха при неприятных слуховых обманах. Глазные щели несколько сужены. Крылья носа раздуты. Мышцы лица судорожно напряжены, налет бледности покрывает лицо. Рот открыт, больная в ужасе, она кричит, зовет, молит о помощи. При таких состояниях больные иногда закрывают лицо руками, пытаясь как бы защититься от воображаемой угрозы. Некоторые больные затыкают при этом уши, прячут голову под подушку, залезают под одеяло и т. д.

Интересно отметить, что у некоторых больных со слуховыми обманами иногда наблюдается односторонний феномен усиления мимической игры. Так, мимические функции у них бывают более выражены на одной половине лица, которая «ближе» к звучанию «голосов». На ней бывают более выраженные морщины, особенно в области глаза. Нередко на той же стороне лица более оттянут угол рта и на ней же выступает улыбка, если для этого «голоса» дают достаточное «основание».



Рис. 85. Изменение мимики под влиянием содержания «голосов».



Рис. 86. Неприятные слуховые галлюцинации.



Рис. 87. Устрашающие слуховые галлюцинации.

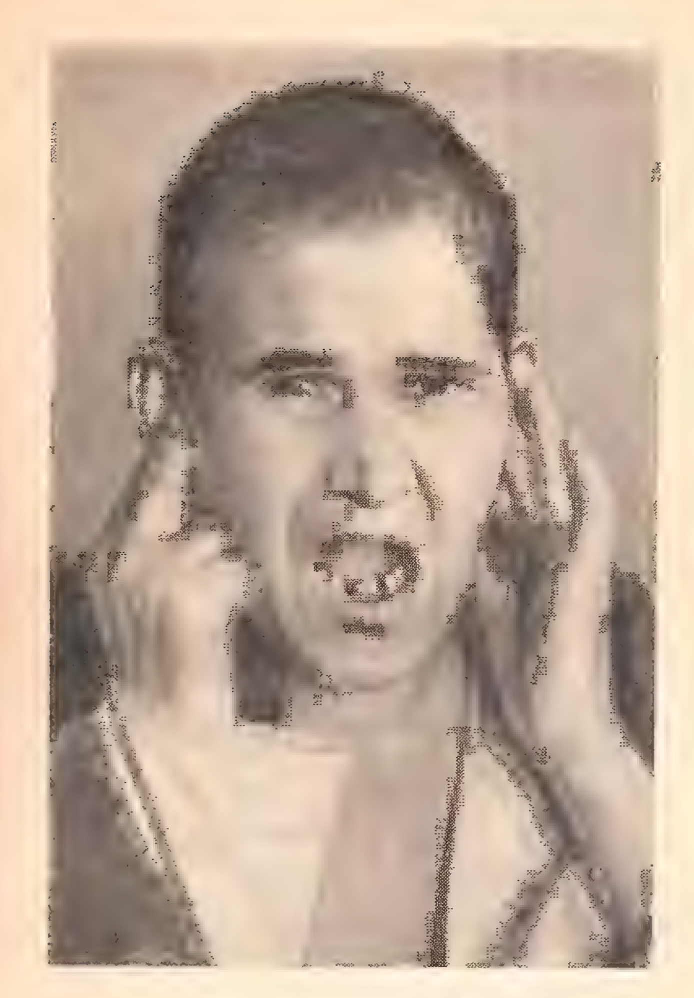


Рис. 88. Мимика ужаса.

Частые и обычно внезапные трансформации мимических выражений являются одним из характернейших признаков того, что они обусловливаются галлюцинаторно-параноидными переживаниями. При диссимуляции обманов чувств, когда больной категорически их отрицает, нередко удается заметить на его лице немотивированную частую смену мимических проекций, а иногда можно наблюдать характерную мимику галлюцинанта, украдкой вслушивающегося в то, о чем ему говорят «голоса», и старающегося получше разобраться в слышанном.

При зрительных обманах глаза обычно широко открыты и прикованы к мнимому источнику видения (рис. 89). Нередко при этом отмечается расширение зрачков (рис. 90). Глаза обычно неподвижны и фиксированы (рис 91). Характерна поза — голова, а иногда и корпус тела подаются в сторону воображаемого объекта зрительного обмана (рис. 92). При этом мышцы шеи, туловища иногда бывают напряжены, в особенности тогда, когда объект зрительного обмана виднеется только смутно и больному приходится как-то приспосабливаться, чтобы лучше с ним ознакомиться, чтобы полнее его рассмотреть.

В зависимости от характера содержания зрительных обманов мы можем наблюдать разнообразные мимические проявления на лице больного, различное их чередование и сочетание, как, например, печали, тоски, удовольствия, радости и т. д. Больной улыбается, когда ему видится приятное (рис. 93). Глаза его скошены вправо. Там «видение». Лицо больного расплылось в улыбке. Рот слегка раскрыт и его углы оттянуты несколько назад. Щеки укорочены, как это



Рис. 89. Зрительные обманы.



Рис. 90. Напряженное выражение лица при зрительных галлюцинациях.



Рис. 91. Поворот глаз вверх в сторону «видения».



Рис. 92. Приятные зрительные «видения».



Рис. 93. Клиническая вариация мимики у другого больного.

обычно и бывает при смехе. Приятное воспринимает в своем обмане и старушка, изображенная на рис. 94. Она видит что-то очень для себя радостное. Лицо расплылось в выражении счастья. Так улыбаться может только довольный человек.

А вот зрительные галлюцинации противоположного характера (рис. 95). Лицо больной напряжено, глаза устремлены вниз к источнику «видения». Оно безусловно неприятное, лицо ее отражает тревогу. Неприятное «видение» и у следующего больного (рис. 96). Глаза устремлены вперед, брови приподняты, лоб напряжен. У переносья глубокая морщина. Еще больший испуг на лице молодой женщины (рис. 97). Глаза ее в страхе фиксируют нечто, ее пугающее. Она вся замерла в этой позе. А у следующей больной еще более страшные видения (рис. 98). Она уже не может сдержать своего аффекта страха — она кричит. Мы наблюдали больных, которые при угрожающих зрительных обманах крепко закрывали глаза, терли их, как бы желая снять ненавистные им видения, плакали, пытались спрятаться.

Своеобразна мимика больных с обманами вкуса (рис. 99). Больных беспокоят неприятные ощущения. Об этом мы можем судить по лицу больного, изображенного на рис. 100. Его палец во рту, лицо напряжено, глаза печальные. Такие больные нередко во время еды открывают рот со всевозможными предосторожностями, осматривают пищу, иногда обнюхивают, кладут ее в рот с явной неохотой и, слегка прожевав, выплевывают с миной отвращения. В других случаях больные стискивают рот и на лице возникает гримаса неудовольствия, как если бы они



Рис. 94. Радостные зрительные галлюцинации.



Рис. 95. Неприятные зрительные обманы.



Рис. 96. Тревожные зрительные галлюцинации.



Рис. 97. Пугающие зрительные галлюцинации.

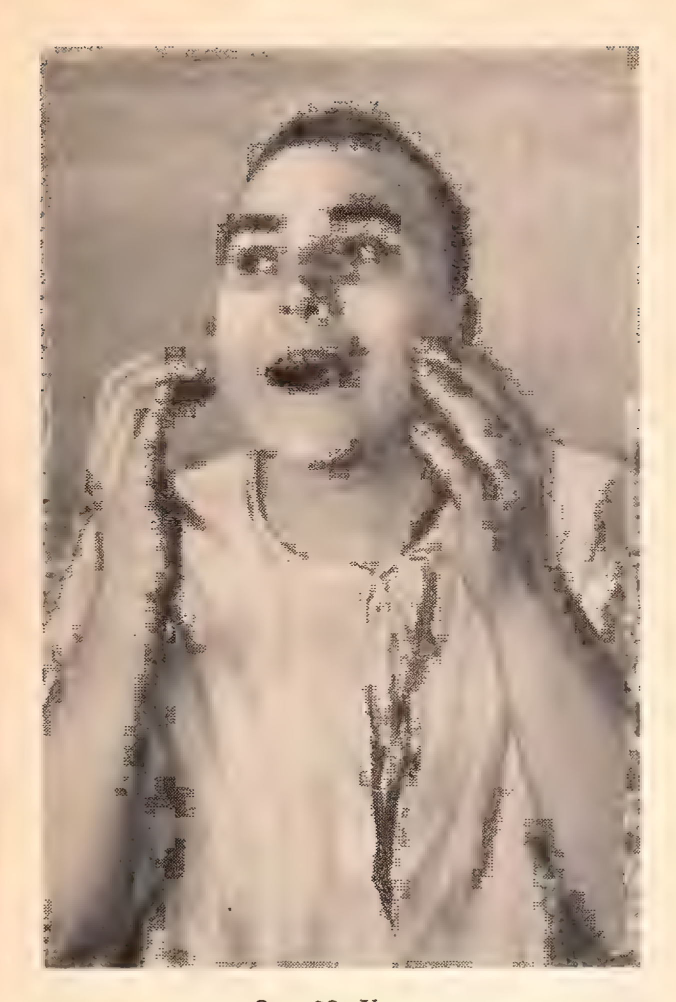


Рис. 98. Устрашающие зрительные галлюцинации.



Рис. 99. Мимика при вкусовых галлюцинациях.



Рис. 100. Мимическое выражение неприятных вкусовых ощущений.

приняли что-то очень невкусное и несъедобное (рис. 101).

Примерно аналогично проявляется мимика больных с обонятельными обманами (рис. 102). Нередко больные закрывают нос, чтобы закрыть доступ неприятному запаху. На рис. 103 мы видим щелочку, позволяющую больной дышать — нос прикрыт не целиком. Но бывают случаи, когда запах невыносим, и тогда больные полностью закрывают нос, чтобы сделать невозможным доступ того, что так отвратительно пахнет. (рис. 104).

В наших исследованиях мы изучали также влияние тактильных обманов чувств на дисмимическую симптоматику. На рис. 105 мы видим больную, испытывающую раздражающие ощущения в области правой половины лица. Больная закрывает беспокоющую щеку ладонью своей левой руки. Это в какой-то степени ей помогает. Лицо в целом печальное, взгляд болезненный, грустный, лобная мышца тонизирована. Глубокие горизонтальные морщины испещряют лоб. Они более выражены в правой половине, т. е. в той, в которой больная ощущает недомогание.

Аналогичен и второй пример (рис. 106). Больную беспокоит область левого глаза. Пальцами своих рук она оттягивает веки, лицо напряжено, лобная мышца в морщинах, выражение лица грустное.

Еще более вариабильна дисмимическая симптоматика при наличии у больных бредовых идей. Мимика нередко отражает характер бредовых идей и их содержание. Приведем несколько иллюстраций. Так, на рис. 107 больной с идеями отношения и преследования. Он подозрительно смотрит на собеседника, насторожен. На лице



Рис. 101. Гримаса неудовольствия при вкусовых галлюцинациях.

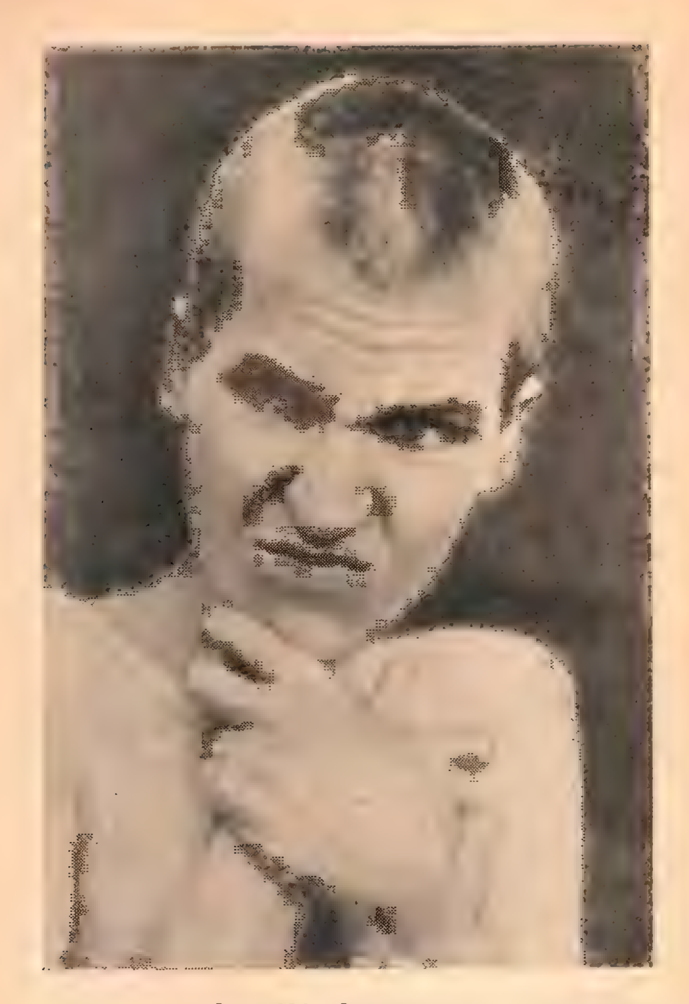


Рис. 102. Обонятельные галлюцинации.



Рис. 103. Мера защиты против «дурного запаха».



Рис. 104. Закрытие доступа к носу «дурного запаха».



Рис. 105. Тактильные галлюцинации.



Рис. 106. Неприятные ощущения в области глаза.

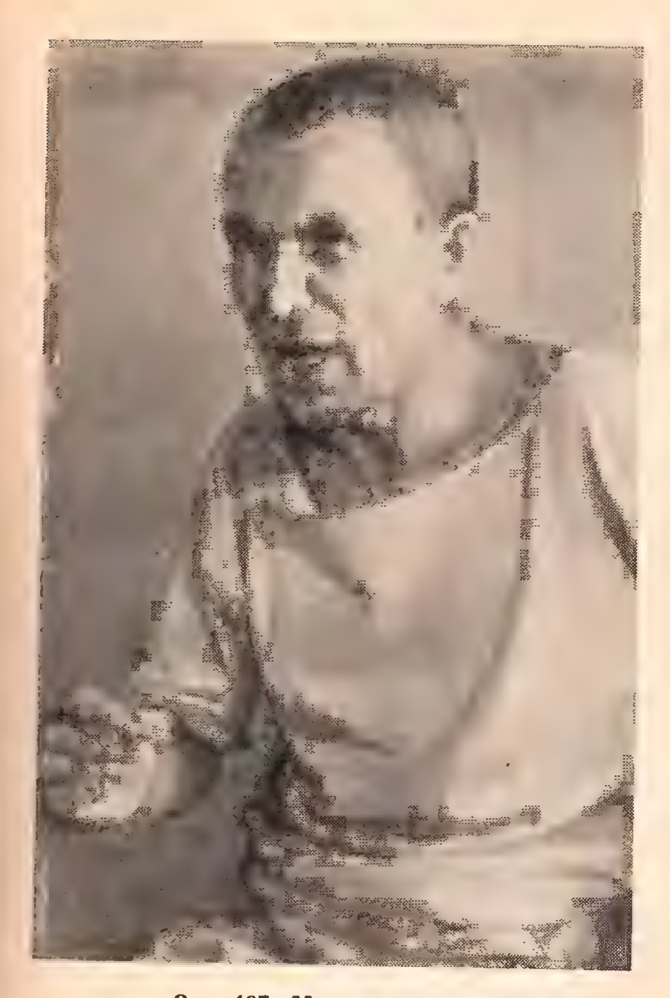


Рис. 107. Недоверчивость, обусловленная бредовыми переживаниями.

выступает выражение неуверенности, боязливости, печали, взгляд тревожный. На рис. 108 больная, у которой во время ее пребывания в лечебном учреждении преобладала характерная мимика тревоги. В такие периоды лицо было напряжено, выступала боязнь, взгляд выражал недоумение; мимические переходы совершались рывками и были лишены плавности и гармонии. В моменты ослабления тревожности в мимике отражались выражения вялости и апатии. Однако эти отрезки времени были краткими и уступали свое место обычной мимике тревоги и боязни.

После проведения инсулинотерапии напряжение мимики на некоторое время уменьшилось.

Заслуживает внимания дисмимическая симптоматика у больного, представленная на рис. 109. Глаза широко раскрыты, лоб собран в морщины, веки и брови приподняты, взгляд испуганный, напряженный. В другом состоянии, когда приступы боязни отсутствуют, лицо вялое, безразличное, апатичное, сглаженное. Мимическая игра однотонная.

При бредовых высказываниях у многих больных на лице отражается как бы выражение уверенности в своей правоте (рис. 110). Больной уверен в правильности своих мыслей, которые он обосновывает, приводит аргументы, доказывает. И если с ним не согласны, он еще более усиливает свои доказательства. Это очень хорошо видно на рис. 111. На лице больного выражение сарказма, он не принимает возражений собеседников, отвечая им с удвоенной энергией. Очень выразительна его энергичная мимическая экспрессия.



Рис. 108. Недоумение-вопрошающее выражение (при бреде).

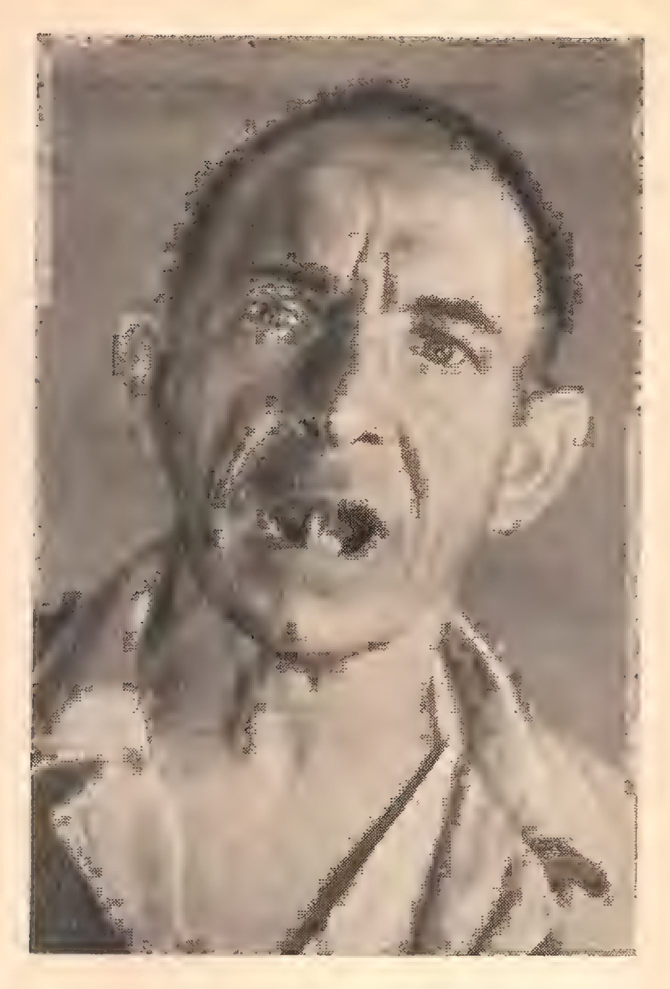


Рис. 109. Напряженно-озлобленное выражение.



Рис. 110. Непреклонность в бредовых утверждениях

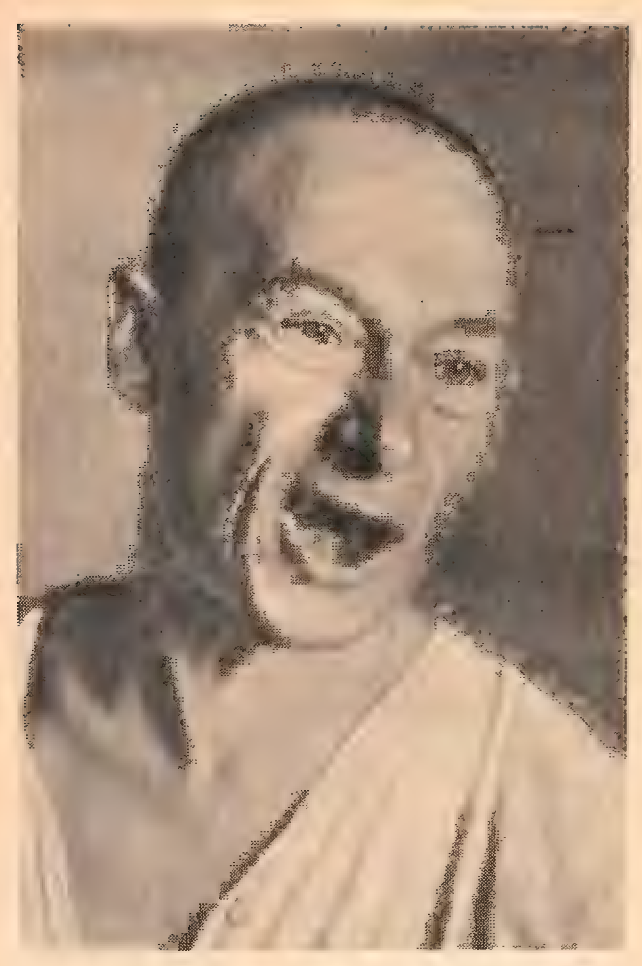


Рис. 111. Мимика сарказма.

У ряда больных с галлюцинаторно-параноидными переживаниями постепенно, как и у многих больных с другими формами шизофрении, развивается отчужденность от внешнего мира и аутизм. Больные погружены в свои переживания. Эта мимика безразличия к внешнему миру и свеобразного внутреннего напряжения может чередоваться с экспрессивной дисмимической деятельностью при усилении наплыва обманов чувств и бредовых идей.

Нередко приходится наблюдать своеобразные черты амбивалентности больного в его дисмимических выражениях. Это находит свое отражение в быстрой смене одних мимических выражений другими, находящимися между собой в контрастных отношениях. Так, при сочетании негативизма и агрессивности отмечается мимический феномен отвернувшегося взгляда, недружелюбное выражение лица, плотно сжатые губы. Временами на лице отмечается пренебрежение к окружающему (рис. 112).

У других больных на фоне угрюмого лица можно наблюдать дисмимические вариации приподнятого настроения (полуулыбка, полусмех) со своеобразным мимическим феноменом так называемой мрачной радости.

Рассмотрим мимические расстройства при других формах шизофрении. Так, дисмимическая симптоматика при ремиттирующем типе течения шизофрении не дает принципиально ничего нового по сравнению с тем, что обычно наблюдается при описанных выше формах. Как там, так и здесь мы часто находим разнообразные дисмимические симптомы расщепления мимических функций, их диссоциации, обеднения, потери



Рис. 112. Вызывающее выражение лица.

гармонии и т. д. Для анализируемой формы, поскольку клинически она складывается из чередований приступов и ремиссий, характерны соответствующие колебания мимических расстройств.

Мимическая деятельность во время ремиссии (в том числе и после первого приступа) нередко качественно и отчасти количественно отличается от той нормальной мимики, которая была до болезни, от мимики преморбида. Снижается живость мимических функций, их подвижность. Больные часто становятся более холодными и замкнутыми, что в мимическом отношении проявляется выражениями некоторого отчуждения и замкнутости.

При циркулярной форме шизофрении мимические нарушеиия в основном заключаются в чередовании маниакальных и депрессивных дисмимических структур в соответствии с течением приступов заболевания. Так, в маниакальный период приступа можно наблюдать более живую игру мимики, большее ее многообразие с некоторым приближением к характерным картинам маниакальной фазы циркулярного психоза. С наступлением депрессивного приступа отмечаются характерные депрессивные мимические картины. Периоды ремиссии при этой форме характеризуются значительной обратимостью мимических нарушений.

Несмотря на относительно благоприятное течение так называемой неврозоподобной формы, наблюдаемые при ней явления снижения личности ведут к мимической гипотонии, к постепенному мимическому огрубению и обеднению. Как и при других формах шизофрении, мимические нарушения характеризуются расщеплением ли-

цевой моторики и обусловленной ею мимики. Конечно, мы и здесь наблюдаем различные вариации.

Некоторые особенности мимики можно отметить и при ипохондрической форме шизофрении. С одной стороны, они похожи на таковые при галлюцинаторно-параноидной форме, но в отличие от нее характеризуются сравнительно меньшей остротой переживаний и более вялым темпом их развития. Это хорошо видно на рис. 113, 114, 115. В некоторых случаях мимические нарушения могут протекать и с большей выраженностью (рис. 116).

Своеобразие течения отдельных форм шизофрении накладывает свой отпечаток и на особенности развития мимических нарушений. Абстрагируясь здесь от различных вариаций, можно в основном выделить два типа. В первом отмечается острое начало и такое же развитие страдания. Соответственно выявляется и острая дисмимическая симптоматика, заключающаяся или в повышенной мимической активности, возросшей трансформации дисмимических картин, в мимической гиперкинетической деятельности, или же в понижении мимической активности, в мимической гипо- и акинетической игре.

Как гиперкинетические, так и акинетические дисмимии протекают с выявлением основных расстройств шизофренического процесса — расщепления и диссоциации.

В большинстве случаев особенно большие изменения претерпевают мимические функции после повторных приступов, когда уже явственно выступает основная дисмимическая шизофренная симптоматика, которая сводится к «разорван-



Рис. 113. Больная с ипохондрической формой шизофрении.



Рис. 114. Депрессивная мимика.



Рис. 115. Клиническая вариация мимических выражений у другого больного.



Рис. 116. Горестные переживания.

ности» мимики, ее огрубению, потере грации и гармонии.

В клинике течения шизофрении мимические расстройства могут иметь некоторое диагностическое и отчасти прогностическое значение. Наблюдая повседневно больных и уделяя должное внимание их дисмимической симптоматике, убеждаешься в том, что при правильной комплексной оценке она может быть полезной для распознавания процесса и установления его качественных особенностей.

Наши исследования подтвердили, что мимические изменения содержат объективные критерии, позволяющие правильно судить о динамике заболевания. А если учесть то обстоятельстство, неоднократно подтверждавшееся, что нередко тонкие мимические нарушения предшествуют выраженным патологическим сдвигам в сторону как их ухудшения, так и улучшения, то станет понятным, какое значение приобретает учет мимических расстройств в клинике шизофрении.

Прогностически определяется три основных типа течения и завершения процесса: а) выход в хорошую ремиссию; б) выход в менее благоприятную ремиссию (с парциальным дефектом, более выраженным); в) затяжные состояния. И для каждого из этих основных типов течения отмечаются более или менее выраженные дисмимические данные, понимание которых важно как с теоретической, так и с практической точки зрения.

Это можно увидеть на представляемых рисунках. На первом из них (рис. 117 а) хотя и отмечаются некоторые дисмимические знаки, но они слабо выражены. В ремиссии прошла



Рис. 117а. Выход в хорошую ремиссию.

бывшая напряженность дисмимических нарушений. Мимика стала живой и подвижной, выразительной; в беседе больной улыбается, смеется, мимика адекватна. Однако проведенное катамнестическое обследование выявило резидуальные шизофренические симптомы (парамимические компоненты, некоторую угловатость мимики, недостаточную ее плавность).

Рис. 117б свидетельствует о более выраженной дисмимической симптоматике у больного с менее благоприятной ремиссией. Бросается в глаза выраженная парамимия, мимическая деятельность обеднена, несколько растерянное выражение лица выступает на измененном фоне, тонкие мимические нюансы как бы растворены и в целом мимическая деятельность больного носит несколько огрубелый характер.

Еще более нагляден рис. 118. Налицо заметное изменение мимических функций. На переднем плане преобладают характерные шизофренные дисмимические знаки, например расщепление, огрубение и т. д., в выраженной степени. У больного безучастное лицо с «пустым» выражением. Про таких больных говорят, что у них с течением времени формируется своеобразный феномен «окостенения мимических выражений», заключающийся в малой их пластичности и подвижности. У больного характерное для подобных состояний тонирование лобной мышцы.

Следует подчеркнуть, что длительно наблюдающиеся мимические расстройства на фоне затянувшегося приступа являются прогностически неблагоприятным фактором. В общем можно сказать, что чем вариабильнее мимические



Рис. 117 б. Выход в менее благоприятную ремиссию.

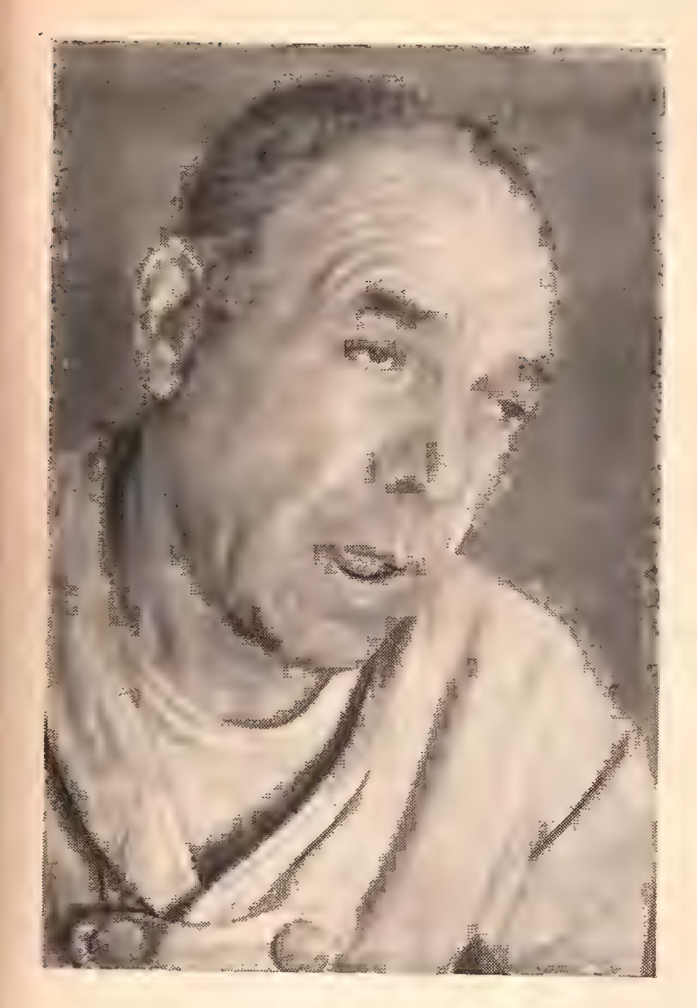


Рис. 118. Затяжное состояние в течении заболевания.

нарушения и чем обильнее их дисмимическая проекция, тем они имеют более благоприятный прогностический характер.

Важным компонентом мимических расстройств являются соматические показатели мимического фона «лицевой фигуры». При улучшении физического состояния больного, прибавке его в весе и т. д., естественно, поправляется и лицо, улучшается питание его мягких тканей, оно как бы округляется, свежеет. При этом не следует упускать из вида возможность несоответствия (при шизофрении) между физическим состоянием, проецирующимся в мимике, и психикой больного.

При выходе из психотического состояния с хорошей ремиссией обычно наблюдается значительная обратимость мимических нарушений. Мимика становится живее, богаче, плавнее.

Заслуживают внимания изменения в мимике, которые наблюдаются при активной терапии шизофрении.

Клинические наблюдения действия ряда активных терапевтических средств (инсулин, аминазин и др.) показывают, что эти лечебные факторы в тех случаях, когда они вызывают ремиссию, обусловливают значительную обратимость мимических расстройств, степень эффективности которой определяется как характером заболевания в каждом случае, так и общим результатом наступившей ремиссии.

Положительный опыт в данном отношении выявили инсулинотерапия и различные комбинированные методики с ее использованием. Мимические изменения при лечении инсулином хорошо изучены; в состоянии гипогликемии наблюдаются вазомоторные расстройства, протекающие в виде

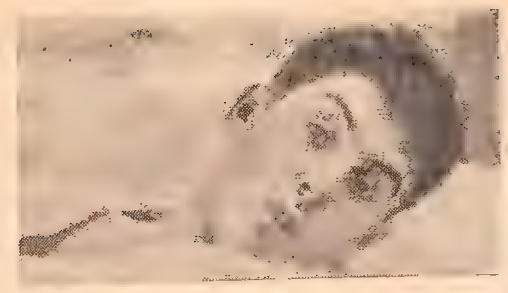






Рис. 119. Гримасничанье в шоковом состоянии.

побледнений и покраснений лица, а также нарастающая сонливость, которая по мере проявления гипогликемической симптоматики переходит в оглушенность.

В состояниях более выраженной оглушенности больные слабо реагируют на вопросы персонала, взгляд у них малоосмысленный, сонливый. В этой стадии встречаются миоклонические подергивания отдельных мышц лица, симптом «хоботка» жевательные движения, причмокивание и выпячивание языка, зажмуривание и т. д.

Во время выхода из гипогликемического состояния отмечаются также характерные проекции дисмимических картин. Наблюдается постепенный выход из гипогликемии, выход с наличием сумеречного состояния и выход с психомоторным возбуждением. Все эти варианты выхода сопровождаются соответствующими корреляциями в мимической игре. Обычно после выхода из гипогликемического состояния больные делаются менее аутичными, более доступными и мягкими. Последнее находит свое отражение и в мимической игре. Она становится менее скованной, более живой, активной и разнообразной.

Характерны мимические изменения в шоковой фазе инсулиновой терапии. Здесь отмечается несколько вариаций клинических картин. Встречаются состояния спокойного шока с соответствующей сонной мимикой. При другом типе шока с преобладанием церебрально-неврологических знаков наблюдаются мелкие миоклонические подергивания мышц лица, гримасничанье (рис. 119), причмокивание, скрежетание зубами и т. д. Интересно отметить, что иногда в предшоковой фазе у некоторых больных выступают



Рис. 120. «Расщепление» мимических функций.

дисмимические знаки, хотя и свойственные вообще шизофрении, но ранее у них не выявлявшиеся, например симптом «хоботка» и др.

Характерны мимические трансформации при купировании гипогликемического состояния, которые начинают проявляться тотчас же после введения глюкозы. Обычно глаза сразу открываются, общее выражение лица, бывшее до того сонным, принимает осмысленный характер. Блуждающий, как бы чуждый взгляд больного становится более спокойным и осознанным.

Благоприятное воздействие на дисмимическую симптоматику оказывает и трудовая терапия, индивидуализированная, учитывающая интерес больного к тем или иным видам труда, его состояние и трудовые возможности. Уже одно проявление интереса к работе у многих больных положительно сказывается как на их общем состоянии, так и на мимической сфере.

В затяжных состояниях патология мимики выступает более стабильно и выраженно. Встречаемые здесь деформации мимических структур часто необратимы, стойки. В симптоматике преобладают характерные шизофренные мимические знаки расщепления и огрубения (рис. 120). Мимические особенности отдельных клинических форм шизофрении нивелируются в этих состояниях и выступают более или менее однотипными.

В ряде случаев дисмимические структуры при затяжных состояниях бывают настолько типичны и выразительны, что нередко по ним одним можно, еще до полного обследования больного, поставить предварительный диагноз, и опытный врач редко ошибается в данном отношении.

Глава 8

Мимические расстройства в клинике маниакально-депрессивного психоза

Своеобразная фазная динамика маниакально-депрессивного психоза накладывает определенный отпечаток на те мимические нарушения, которые встречаются в клинике данного заболевания.

Тщательное изучение биохимических сдвигов, наблюдаемых в течении страдания, заставляет предположить наличие определенных нарушений в межуточном мозгу, в котором локализованы вегетативные центры. В литературе есть указания, что в патогенезе циркулярного психоза известную роль играют расстройства подбугорной области.

Некоторые авторы рассматривают маниакально-депрессивный психоз как определенное системное поражение, в которое вовлекаются

в первую очередь экстрапирамидные и эндокринные механизмы. Другие предполагают функциональные расстройства стволовых ганглиев. Третьи находят функциональную диссоциацию экстрапирамидных механизмов.

Наряду с основными этиологическими и патогенетическими факторами, еще недостаточно изученными, определенное влияние на формирование мимических расстройств при циркулярном психозе оказывают различные добавочные моменты как эндогенного, так и экзогенного порядка. Эти факторы, осложняя и нарушая типичность клинических фаз, соответственно изменяют и мимическую игру.

Так, можно отметить, что возрастной компонент играет некоторую роль в патопластическом формировании мимических нарушений.

Наши исследования показали, что уже в продромальном периоде начинают проявляться мимические нарушения. Постепенное нарастание соматических нарушений, расстройства функции сна, возрастающая утомляемость, раздражительность и т. д.— все это переплетается и своеобразно отражается в мимической игре.

На этом этапе продрома на передний план выступают мимические выражения вялости, соматического недомогания. В выраженных состояниях лицо обычно усталое, безучастное, печальное. Мимическая игра осуществляется на общем фоне астенизированной мимической деятельности, что придает как гневливым разрядам, так и тоскливо-плаксивым реакциям выражение раздражительной слабости. Интересно подчеркнуть, что при внимательном изучении этих мимических нарушений можно нередко обнаружить

и динамические колебания мимической деятельности на протяжении дня.

Так, по утрам, когда обычно неприятные нервно-соматические ощущения бывают более выражены, мимика отражает понижение настроения, утомленность, недомогание. И, наоборот, вечером, когда субъективно нервно-соматические явления улучшаются, можно отметить значительную, правда временную, обратимость данных дисмимий.

Обычно в начале заболевания ни сам больной, ни его близкие не распознают характера данных недомоганий. Однако в последующие приступы больной уже знает, какими симптомами проявляется начало болезни, а окружающие нередко по его состоянию и мимике научаются распознавать приближение приступа маниакально-депрессивного психоза.

Классическая триада маниакальной симптоматологии (эйфория, интеллектуальное и психомоторное возбуждение) находит свое яркое отражение в картинах мимических расстройств. Что же касается качественных и количественных показателей данных нарушений, то степень их выраженности и вариабильности зависит от особенностей клинической картины заболевания.

Обычно уже чисто физические симптомы отдельных фаз участвуют в оформлении мимических нарушений. В частности, при ярко выраженной маниакальной фазе лица больных кажутся как бы помолодевшими. Особенно значительны эти впечатления трансформаций «лицевой фигуры» при внезапных переходах из депрессивной фазы в маниакальную. Сгорбленный до того, заторможенный, вялый, депримированный боль-

ной неожиданно выпрямляется, становится активным, деятельным, веселым. Повышенное настроение, хороший аппетит, усиленный обмен веществ ведут к значительному временному соматическому улучшению по сравнению с состоянием организма при депрессивной фазе.

Весьма ярка соматическая основа лица в период маниакальной фазы. В связи с усилившимся кровообращением и повысившимся интеллектуальным и психомоторным возбуждением лицо больного раскрасневшееся, подчас розовое, а иногда и густо красное, почти багровое. Нередко в этом состоянии лицо покрывается потом. Лоб при маниакальных состояниях бывает обычно гладким. Имевшиеся на лбу морщины обычно разглаживаются. Глаза оживлены, блестящи, временами даже сверкают. Взгляд подвижный, бегающий, с быстрой реакцией зрачков.

Отмечается повышенная игра глазной щели— ее закрывания и открывания. У наружных глаз расходятся мимические гусиные лапки. Повышенный мимический тонус делает лицо более выразительным и пластичным: кожа нередко покрывается эритематозными и герпетиформными высыпями.

Мимика отражает и возбужденную речь больного, когда он не замолкает ни на одну минуту и речь льется беспрестанно, больные поют, свистят и т. д.

Часто своим внешним видом и мимическими проявлениями они напоминают людей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. При длительных состояниях маниакального возбуждения голосовые связки больных переутомляются, речь становится хриплой, сиплой.

В связи с усиленной саливацией изо рта буквально брызжет слюна и на губах собираются пенящиеся капельки. В других случаях слюна накапливается в углах рта, сами же губы остаются сухими, вследствие чего на них появляются трещины.

В дальнейшем, по мере развития заболевания и нарастания явлений утомления и истощения, отмечаются соматические изменения описанного выше мимического фона. Лицо худеет, бледнеет и несколько вытягивается. Глаза становятся менее блестящими, снижается их подвижность, они как бы тускнеют. Переутомленные голосовые связки и все прогрессирующее раздражение их дают себя знать в виде искаженных речевых обрывков, произношение которых иногда сопровождается гримасами боли.

В сочетании с интеллектуальным возбуждением, которое характеризуется скачкой идей и психомоторным беспокойством, выражающимся в стремлении к непрестанной бурной деятельности, мимика приобретает характер гипердинамической экспрессии. В таких состояниях отмечается очень живая и подвижная мимическая деятельность, которая, проецируясь на лице, как бы на экране кино, формирует быстро текущие и сменяющиеся выражения с быстрой их трансформацией и повышенной вариабильностью нюансов.

Эта калейдоскопичность мимической игры особенно контрастна в тех случаях, когда на фоне эйфории, проявляющейся мимическими выражениями радости и счастья, внезапно возникают неожиданные вспышки раздражительности и гневливости, искажающие блаженное до того выражение лица.

Повышенная амплитуда мимической игры, быстрота формирования каждого мимического выражения, скорость их чередования и течения, лабильность и многогранность их композиции — все это вместе взятое весьма характерно для клиники дисмимий маниакальной фазы.

В качестве иллюстрации может служить следующая история болезни.

Сознание у больной ясное, она хорошо ориентирована и быстро входит в контакт с персоналом. Очень много говорит, речь остроумна, пересыпана анекдотами, поговорками, пытается рифмовать. Отмечает обилие мыслей. Говорит: «Что же я буду делать, у меня мысль на мысль наскакивает, ведь я маниакальная, у меня в это время понос мыслей, нет, даже больше — дизентерия». А вот в депрессии будет запор мыслей. В поведении много манерного, театрального. Кокетлива, повышенно сексуальна. Всем интересуется, во все вмешивается. Целыми днями без умолку говорит.

Мимика: на высоте заболевания резко бросалась в глаза характерная маниакальная мимика, очень живая, подвижная, игривая, театральная. Проявлялись эти мимические манифестации на измененном соматическом фоне лица: гиперемированные кожные покровы обусловливали розовое, как бы цветущее выражение лица. Блестящие, мобильные, все время смеющиеся глаза придавали лицу выражение необычайной радости, распущенные волосы еще более оттеняли веселое и игривое поведение больной.

На высоте приступа в результате беспрерывного говорения больная переутомила голосовые связки, голос стал хриплым. От безумолчной речи пузырьки слюны сбивались к углам рта, губы были сухими и имели запекшийся вид.

Наряду с ротовой мимикой имелась очень живая мимическая игра глаз, которая отличалась чрезвычайной вариабильностью. Больная то их щурила, то широко открывала, то закрывала, то вращала ими. При этом взгляд больной был подвижный и бегающий, моментально все охватывающий, находящийся в беспрерывном движении.

Этому общему выражению повышенного самочувствия и радостного состояния способствовала мимическая деятельность и остальных частей лица, в частности округлых щек, которые ежесекундно расплывались в широкую улыбку.

Наибольшей выраженности достигают подобные мимические нарушения при так называемой мании неистовства. Для нее характерна своеобразная мимика ярости: ноздри широко раздуваются, губы сильно сжимаются, зубы стискиваются, глаза блестят гневным взглядом, у переносья нередко образуются вертикальные морщины. Иногда вследствие усиленного прилива крови к лицу и глазным яблокам они несколько выпячиваются из орбит, усиливая возбужденную мимику лица.

При крайней выраженности психомоторного возбуждения на лице возникает своеобразная мимическая буря, при которой дисмимические экспрессии достигают крайней степени своей выраженности и со значительной быстротой сменяют друг друга, взаимно вытесняясь и нагромождаясь.

Нельзя согласиться с мнением некоторых авторов, что мимические изменения при маниакальной фазе носят только количественный характер. Наши исследования показали, что в дисмимических маниакальных картинах иногда наблюдаются и качественные нарушения. Их надо отличать от парамимических симптомов, характерных для шизофрении. Здесь важно обратить внимание на то, что в то время как при шизофрении парамимические нарушения обусловливаются настоящей разорванностью и в большинстве случаев носят длительный, мед-

ленно развивающийся характер, соответствующие дисмимии при маниакальной фазе циркулярного психоза непостоянны, нестойки, скоропреходящи. Наблюдаемые иногда здесь синкинезии самого разнообразного порядка обусловливаются повышенной возбудимостью психомоторных систем (фронтальной, церебеллярной) и отсутствием из-за этого достаточной согласованности между ними. Об этом нужно помнить, ибо такая несогласованность и порождает временную дезинтеграцию мимической игры, создавая тем самым впечатление наличия в ней шизофренных компонентов. Надо помнить также и о том, что некоторое дополнительное впечатление разорванности в таких случаях определяет и отсутствие в мимической игре конкретной направленности, целеустремленности, что делает ее еще более хаотичной и отвлекаемой (рис. 121).

И подобно тому как углубленное изучение интеллекта маниакального больного показывает, что нельзя говорить о разорванности мышления, ибо в его мыслительных процессах можно проследить и понять логические ассоциированные связи, подобно этому и в мимической деятельности можно установить трансформации, адекватные их психотическому состоянию.

При иногда встречаемых у маниакальных больных проявлениях раздражительности и агрессивности соответственным образом меняется поведение больных и соответствующие ему мимические проявления. Выражения радости и веселья проходят, их вытесняют противоположные картины злобности и гневливости (рис. 122).

Своеобразна мимика мании со спутанностью. Наблюдаемые при ней делирии с расстройствами



Рис. 121. Психомоторное возбуждение.



Рис. 122. Гневливость.

сознания, галлюцинациями и бредом определяют и соответствующие дисмимические проявления.

При постепенном спаде маниакального возбуждения снижается активность мимических манифестаций. Сначала на лице начинают преобладать выражения утомления, вялости и апатии. По мере восстановления сил больного полностью возвращается его преморбидная мимика.

Аналогично маниакальной фазе, начальные проявления мимических расстройств при депрессивной фазе начинают складываться уже в период продрома. Нарушения функции сна, беспричинная тревога, какие-то неприятные ощущения, в частности в области сердца, головные боли, потеря аппетита при все нарастающей общей слабости снижают активность мимических функций у больных.

На передний план выступают гипомимические компоненты астении «лицевой фигуры», ее вялости и лишь затем нарастают характерные для депрессивной фазы и выраженные мимические нарушения. В других случаях, когда депрессивная фаза начинается сравнительно быстро, мимика также отражает основные элементы меланхолической триады — тоскливое настроение, интеллектуальную и психомоторную заторможенность (рис. 123).

Обращает на себя внимание общий вид меланхолика: застывшая фигура с выражением полной безнадежности во всем облике. Опущенные плечи, свисающая голова, беспомощные руки. Весь облик больного со всей выразительностью свидетельствует о каких-то тяжелых его переживаниях. И в таком состоянии больной может пребывать часами и днями.

Однако нетрудно заметить отличия от кататоно-ступорозного состояния при шизофрении. С больным можно устанавливать контакт, он реагирует на обращения к нему, но из-за глубокой, непреодолимой тоски он чувствует себя отрешенным от мира, подавленным, несчастным.

Характерно лицо меланхолика: бледно-серые кожные покровы, иногда с синюшным оттенком, в особенности в области носа. Объясняется это замедленным кровообращением и застойными венозными явлениями. Тургор кожи бывает резко понижен, нередко дряблая и морщинистая кожа свисает. Выразительны глаза: страдающие, тревожные, молящие о помощи.

Наблюдаются вариабильные колебания мышечного тонуса лица. Иногда он бывает расслаблен, и мы видим вытянувшееся лицо больного, спонтанно опустившуюся нижнюю челюсть, трансформацию более или менее прямолинейной ротовой щели в дугообразную, свисающие углы рта, сглаженные и опустившиеся вниз носовые складки, т. е. общую гипотонию лица. Или наоборот, в связи с общим напряженным состоянием больного тонус его лица повышается, что проявляется напряженным выражением, плотно сжатыми губами и крепко стиснутыми зубами. В таком состоянии больной обычно молчит и только изредка выдавливает сквозь стиснутые зубы отдельные мучительные стоны.

Глазная щель при депрессии обычно бывает несколько сужена. Тем контрастнее ее расширение при переживаниях страха и ужаса. Веки обычно также опущены, глаза полузакрыты.

Типичные мимические знаки в выражении лица меланхолика. Брови нередко стянуты к пе-



Рис. 123. Депрессивный больной.

реносице и принимают своеобразное косое положение. Обычно внутренний их угол приподнят, а наружный конец опущен. Патологическим признаком депрессивного состояния является также так называемая складка Veragut, которая заключается в том, что линия брови образует изгиб на границе своей внутренней трети, благодаря чему здесь образуется углообразный загиб брови с некоторым подъемом кверху и оттягиванием назад этой внутренней трети. Наружные же две трети образуют более или менее ровную линию, опускающуюся с места подъема к месту обычного расположения брови. Важно отметить, что приподнятая таким образом внутренняя треть брови подтягивает соответствующим образом и внутреннюю треть века.

Однако встречаются и некоторые особенности: вместо обычного изгиба брови на месте ее внутренней трети (см. рис. 123) мы видели довольно крутой подъем брови кнаружи и изгиб ее наружной трети. При выходе из болезненного состояния отмечалась полная обратимость мимических нарушений. Исчезла складка, бровь выровнялась, глаза приобрели блестящий оттенок, с лица сошли выражения тоски и страданий.

В некоторых случаях глубокая тоска захватывает все существо меланхолика. Он застывает в своем горе или же плачет, ломает руки, на лице выражение мучительных переживаний и страданий (рис. 124, 125).

Иногда наблюдаются судорожные гиперкинезы одной половины лица, что ведет к появлению односторонних гримас; иногда отмечаются своеобразные функциональные ослабления лице-



Рис. 124. Меланхолия.



Рис. 125. «Витальная» тоска.

вого нерва. Это становится особенно заметным при активизировании мимической деятельности.

Во многих случаях характерен плач меланхоликов. Лицо остается сухим, слез нет. Они судорожно всхлипывают, мимика их совершенно идентична плачущей, но настоящего плача не получается, поскольку глаза не увлажняются и по лицу не бегут слезы. В других случаях больные совсем не плачут. Они только как бы застывают в своей тоске. Глазные яблоки, оставаясь сухими, теряют свой блестящий оттенок. Нередко у больных возникают конъюнктивиты. Их образованию способствует редкое мигание у меланхоликов. Для глаз характерен матовый оттенок. Взгляд часто отсутствующий, направленный неопределенно вниз или куда-то в даль. При этом глаза в ряде случаев не конвергируют. Все это вместе взятое делает глаза меланхолика надолго запоминающимися (рис. 126).

Речь депрессивных больных отличается рядом особенностей: мимика речи оттеняет пониженное настроение; больные говорят медленно, тихим голосом (рис. 127).

Своеобразны мимические нарушения при смешанных состояниях, что ведет к смешанной мимической симптоматике. Иногда это приходится наблюдать в период небольших отрезков времени, когда отмечаются противоположные колебания настроения. В утренние часы больной находится в депрессивном состоянии, заторможен, а вечером становится маниакальным. Значительный клинический интерес представляет вкрапление мимических знаков противоположных фаз, например маниакальных знаков в депрессивную, и наоборот.

Своеобразна мимика этих больных, которая контрастирует со всем их поведением. Они подвижны, активны, деятельны, много говорят и одновременно жалуются на плохое самочувствие, тоскливое состояние, неприятные ощущения. И как-то непривычно видеть на лице активного, целенаправленного и целеустремленного человека выражение тоски и страданий.

Иногда при этих состояниях выявляется гипотония лицевых мышц, ведущая к свисанию углов рта, искривлению ротовой щели, некоторому опусканию нижней челюсти. Глазные щели бывают сужены, в некоторых случаях бросается в глаза намек на складку верхней брови с приподнятием трети верхнего века.

В клинике известна и гневная мания, мимическая структура которой слагается из двух симптомов триады — интеллектуального и психомоторного возбуждения с заменой третьего симптома (хорошего настроения) раздражительностью и злобностью.

Характерна клиника ажитированной меланхолии, когда больной, находящийся в состоянии глубокой витальной тоски, проявляет значительное двигательное возбуждение. У таких больных мы отмечали мимику тоски, печали и страданий, но не на застывшей «лицевой фигуре», как это бывает обычно при классической циркулярной депрессии, а, наоборот, на подвижном, мимически активном лице.

Характерна мимика маниакального ступора. При повышенном настроении отмечается интеллектуальная и психомоторная заторможенность. У таких больных в состоянии заторможенной мании на фоне общей психомоторной и интел-



Рис. 126. Выражение глаз у больной меланхолией.



Рис. 127. Жалобы депрессивного больного.

лектуальной подавленности, характеризующейся внешне олигокинезией и однообразной позой тела, выступает веселое выражение лица. Широкая улыбка не сходит с лица, больной много смеется, глаза живые, довольные, подвижные, блестящие, игривые. В литературе подобные состояния обозначаются как «веселые выражения фарфоровой куколки».

Говоря о мимических расстройствах в клинике маниакально-депрессивного психоза в целом, надо подчеркнуть, что и при данном заболевании, как и при многих других, мимические нарушения имеют известное диагностическое, а отчасти и прогностическое значение. По мере нарастания симптоматики при типичных фазах циркулярного психоза мимические нарушения бывают настолько характерными, что сразу бросаются в глаза окружающим.

Нередко в клинике психоза мимические показатели являются тонкими индикаторами начинающегося перелома в заболевании. Так, в ряде случаев можно проследить начальные мимические сдвиги при переходе меланхолического ступора в маниакальный. Здесь при внимательном наблюдении можно иногда заметить, как у депрессивного больного с застывшим, однотонным, страдальческим выражением лица начинают проступать в мимике признаки наступающего выздоровления или же постепенно изменяющегося состояния.

Подобные микромимические знаки перелома заключаются в некотором разглаживании морщин, подъеме углов рта, выпрямлении ротовой щели, углублении носогубных складок. Затем постепенно сходит с лица тоскливое выражение.

Одновременно появляется улыбка, вначале очень слабая, как бы абортивная, еле заметная, а затем усиливающаяся и проявляющая тенденцию к нормализации.

Интересна динамика мимических изменений во сне. Тяжелые сновидения депрессивных больных, насыщенные тревогой и страхом, проявляются клинически дисмимическими картинами страдальческих переживаний. Больные мечутся во сне в постели, стонут, скрежещут зубами, вздыхают. Такая мимическая игра во сне заставляет сдержанно относиться к прогнозу скорого выхода из психотического состояния.

Однако если при дальнейшем течении заболевания в общей клинической симптоматологии сдвиг не выявляется, т. е. состояние больного продолжает оставаться в таком же положении, но сон становится спокойнее и в сновидениях мимическая игра тревоги ослабляется, то это прогностически выступает как положительный фактор и свидетельствует в некоторой степени о грядущем переломе заболевания в положительную сторону.

Еще более актуальным прогностическим критерием является мимическая проекция приятных сновидений в депрессивном состоянии. Если эти изменения проявляются постепенно и во сне видно, как со временем смягчается суровое тоскливое выражение спящего, нарастает спокойствие и даже возникают полуулыбки, то можно предполагать улучшение.

Несомненные дифференциально-диагностические различия можно проследить между мимическими расстройствами в клинике шизофрении и циркулярного психоза. При последнем мими-



Рис. 128. Гипоманиакальное состояние.

ка синтонна, адекватна, более выразительна вариабильна. В ней отсутствуют явления диссоциации. И, наоборот, при шизофрении дисмимии однотоннее, стереотипнее; они огрубелые и оскудевшие, малоадекватные психическим переживаниям больного.

В ступорозных состояниях одним из основных дифференциально-диагностических критериев является выражение лица больного, его мимика. У кататоников обычно пустое, маскообразное лицо, стереотипные гримасы. У них тусклый, как бы отсутствующий взгляд, мимическая игра заторможена и содержит моменты диссоциации. Нередки и своеобразные осколки мимических выражений. И, наоборот, при циркулярном психозе мимика маниакального ступора — веселое, смеющееся лицо, эйфорическое настроение. При депрессии выражение лица мучительно болезненное, адекватное внутренним переживаниям.

В мимическом аспекте маниакальное возбуждение резко отличается от кататонического. В первом случае это живая, вариабильная мимическая игра, легко отвлекаемая и изменяющаяся, во втором — мимика однотонная, стереотипная, малоотвлекаемая, с характерными явлениями диссоциации и парамимий.

Динамика течения мимических расстройств при циркулярном психозе может также служить некоторым диагностическим критерием для дифференцирования внешне схожих клинических картин, но другой нозологической природы. Так, для шизофренических мимических нарушений неспецифичны суточные колебания дисмимий, между тем как для больных циркулярными психозами они обычно патогномоничны и могут служить добавочным объективным критерием дифференциальной диагностики. Интересно подчеркнуть, что эти колебания иногда бывают настолько выражены, что больные циркулярным психозом как бы преображаются. В особенности это можно отметить у депрессивных больных, у которых имеющаяся иногда синюшно-бледная окраска лица к вечеру теряет свой патологический оттенок и кожные покровы приобретают на данный отрезок времени розовую окраску.

Мимические расстройства в клинике маниакальных состояний при прогрессивном параличе иногда бывают внешне схожи с дисмимическими картинами маниакальных фаз циркулярного психоза. Мимические нарушения при прогрессивном параличе отражают органический характер страдания и своеобразную проекцию в дисмимических проявлениях все нарастающей деменции.

При часто повторяющихся приступах циркулярного психоза встречаются случаи, когда интервалы между фазами настолько коротки, что получается как бы хроничность течения заболевания. В соответствии с подобным типом течения психоза мимические нарушения также обнаруживают тенденцию к затяжным состояниям. Очевидно, что подобные нарушения мимики должны прогностически оцениваться менее положительно.

Важно подчеркнуть, что мимические нарушения типично протекающих фаз психоза фотографичны, т. е. почти полностью повторяет те изменения мимики, которые наблюдались во время предыдущих приступов.

Известное экспертное значение имеют мимические расстройства при циркулярном психозе в судебнопсихиатрической практике. Известны случаи диссимуляции больными своей болезненной симптоматики, в особенности во время депрессивных фаз. Такие больные пытаются обмануть персонал и, добившись ранней выписки, кончают жизнь самоубийством. Поэтому, поскольку тонкие мимические нарушения невозможно диссимулировать, тщательное наблюдение мимических расстройств имеет некоторое значение при разрешении вопросов, связанных с дальнейшей судьбой больного.

Особенно внимательно нужно следить за мимическими нарушениями в выраженных стадиях депрессивной фазы, во время которых особенно часты суицидальные акты. Надо следить за поведением и мимикой больных в утренние часы, когда наблюдаются утяжеления депрессивного состояния и учащение суицидальных тенденций. В этом отношении мимические показатели могут оказывать значительную помощь в деле правильного ухода за больными.

Глава 9

Мимические расстройства в клинике психогенных реакций

Этиология и патогенез мимических нарушений в клинике психогенных реакций слагаются из ряда взаимопереплетающихся и дополняющих друг друга факторов. Основным этиологическим моментом является психическая травма. Одна и та же психогения вызывает различные реакции у разных людей, поражая одних из них очень глубоко и мало или совершенно не задевая других. В массовом масштабе это можно наблюдать во время каких-нибудь стихийных бедствий, например землетрясений, наводнений и т. д.

Для возникновения психогенных реакций важное значение имеют конституциональные особенности личности. Поэтому при наличии одного и того же вредного момента травмати-

зирующего характера у разных личностей будут наблюдаться различные психические нарушения, которым будут соответствовать определенные особенности мимики. С другой стороны, одной и той же личности в связи с ее индивидуальными особенностями возможна в ответ на различные травматогенные моменты одна и та же реактивная картина заболевания с одной и той же дисмимической симптоматикой.

В тех же случаях, когда травматогенный фактор падает на неполноценную психическую почву, он, во-первых скорее и интенсивнее вызывает психогенную реакцию, а во-вторых, дефектная почва патопластически участвует как в структуре реакции, так и в коррелируемых с ней мимических нарушениях. Особенно часто это можно наблюдать у алкоголиков, психопатов и олигофренов, у которых психогении проявляются активнее и обусловливают более выраженные дисмимические картины.

В патогенезе дисмимий в клинике психогенных реакций возрастной фактор играет бо́льшую роль, чем при других психозах.

Определенное значение в патогенезе и структуре психических расстройств при психогениях имеют и различные экзогенные вредности (алкоголь, травмы мозга, перенесенные инфекции и др.).

Остановимся на мимических расстройствах при аффективных реакциях. Здесь при воздействии психической травмы большой силы отмечаются глубокие психогенные реакции вплоть до шоковых с соответствующими дисмимическими картинами. В ряде случаев дисмимические нарушения отражают аффективный ступор

больного и характеризуются различными вариациями иммобильности мимики при нередко зафиксированном мимическом выражении, предшествовавшем моменту наступления аффективно-ступорозного состояния. У одних больных эта мимика заключается в малоосмысленном, как бы отсутствующем выражении лица. У других, наоборот, можно отметить в мимике компоненты напряженности и тревоги в сочетании с растерянностью и депримированностью.

Иногда, при преобладании в мимике выражения страха, меняется соматический мимический фон лица. Кожные покровы становятся бледными, часто наблюдаются пиломоторные реакции в виде гусиной кожи, выступает холодный пот, глазные щели расширяются, глаза нередко несколько выдаются из орбит, взор становится иммобильным. Создается впечатление маски страха.

При сумеречных состояниях шокового характера, обусловленных аффективными переживаниями, в мимической симптоматике выявляются знаки растерянности, неосмысленности, отчужденности. Нередко в дисмимических картинах отражаются галлюцинаторно-параноидные переживания, участвующие в структуре мимических расстройств. При этих состояниях обманы чувств и бредовые идеи насыщают мимическую игру больных яркой экспрессией, делая ее напряженной, вариабильной.

При реактивных депрессиях мимические нарушения также разнообразны, но эта вариабильность проявляется меньше, чем в клинике предыдущей группы. В легких случаях реактивных депрессий мы наблюдали некоторое общее пси-

хомоторное беспокойство с характерной проекцией его в возбужденной мимической игре. Больной не в состоянии чем-либо заниматься, не может найти себе места и необходимого успокоения. Такой больной беспокойно ходит из угла в угол комнаты или бродит бесцельно по улицам. На лице выражение неудовлетворенности и печали, тревоги и тоски. Улыбка исчезла, а если и появляется, то носит своеобразный болезненный характер, губы искривлены — все свидетельствует о неприятных переживаниях больного, об его угнетенном состоянии (рис. 129).

В более тяжелых случаях мы отмечали и бо̀льшую выраженность реактивных переживаний. В мимических функциях больных усиливались выражения значительной подавленности, большой тоскливости, которые проявлялись или на общем расслабленном психомоторном фоне организма, или же, наоборот, на напряженном (рис. 130).

В первой вариации все тело своеобразно расслабляется, пантомимика принимает вялый, астенизированный характер. Кожные покровы лица теряют свою свежесть, эластичность и нормальную окраску. Они становятся серыми, желтовато-серыми и пепельно-землистыми в зависимости от интенсивности и длительности депрессивного состояния. Взгляд беспомощный, безнадежный, умоляющий.

В других случаях реактивные депрессивные состояния сочетаются с большой напряженностью аффекта. Тяжелые депрессивные переживания больных проецируются в мимике напряженными аффективными проявлениями тоски и тревоги. Иногда отмечаются страдальческие



Рис. 129. Реактивная депрессия.



Рис. 130. Клиническая вариация заболевания.

гримасы (рис. 131). Глаза при этом бывают сухими, иногда текут слезы и нередко наблюдаются судорожные подергивания при плаче (рис. 132, 133).

В дифференциально-диагностическом отношении мимические расстройства при реактивной депрессии отличаются от таковых при циркулярном психозе значительно меньшей психомоторной заторможенностью, выявлением дисмимических невротических знаков, вкрапленных в общую картину нарушенных мимических функций, и довольно быстрой обратимостью при исчезновении эмоционального раздражителя.

При «шизоидных» реакциях обычно заостряются конституциональные особенности личности, проявляющиеся соответствующими изменениями мимической игры; при этом в мимике нарастают выражения холодности, аспонтанности, замкнутости, отчужденности, а иногда и негативизма, которые нередко выявлялись в преморбиде и обусловлены характерологическими данными личности. Больные становятся молчаливыми, скрытными, недоступными (рис. 134). Мимика у них тусклая, плоская, маловыразительная, недостаточно дифференцированная. Нарушается гармония мимических переходов, в связи с чем мимические функции принимают как бы стертый, невыраженный характер.

В некоторых, более тяжелых, случаях выражение больного напоминает «пустое лицо» при простой форме шизофрении, и в этом отношении дифференциальный диагноз нередко упирается в значительные трудности. Как и при простой форме шизофрении, здесь часто отмечаются вялость лицевой мускулатуры, бедность



Рис. 131. Мучительные переживания.

мимической игры, примитивность мимических реакций, выражающихся в однотонных и однотипных проекциях.

В клинике психогенных реакций встречаются и псевдокататонические ступорозные состояния, которые могут проявляться симптоматикой, сходной с кататоническим ступором, вплоть до мутизма, полной иммобильности и т. д. У таких больных лицо как бы застывает, становится неподвижным. В более легких вариациях больные, как и при менее выраженных кататонических ступорозных формах шизофрении, говорят мало, тихо, медленно. В мимике преобладают вялые, апатические выражения.

При возрастании тяжести заболевания отмечается амимия, больные совсем перестают говорить, взгляд у них еще более тускнеет. Иногда, наоборот, ступорозная мимика проявляется большой напряженностью аффекта, и черты лица в мимическом плане становятся экспрессивными.

Иногда при психогенных ступорозных состояниях встречаются значительные вариации мимических расстройств от адинамического полюса к гипердинамическому, обусловленные динамикой клинических ступорозных картин — от иммобильной выраженности до значительного психомоторного возбуждения.

Интересно отметить, что в то время как больной с кататонией, находящийся в ступоре, совершенно безразличен к окружающей обстановке, наоборот, реактивные больные, пребывающие в состоянии психогенного ступора, не отвлекаются от внешней среды, наблюдают ее, по-своему воспринимают и, несомненно, переживают ее



Рис. 132. Напряженность аффекта.



Рис. 133. «Бурный» плач.



Рис. 134. Шизоидная реакция.

проявления. Далее, в отличие от настоящего кататонического ступора здесь более часто отмечается динамическая вариабильность ступорозных состояний у одного и того же больного, их реактивность на изменения патогенного раздражителя.

Важным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим псевдокататонический ступор от настоящего кататонического, является отсутствие в дисмимических картинах первого специфических шизофренических мимических знаков, в частности диссоциации и парамимий. И, наконец, само течение заболевания с полной обратимостью патологической симптоматики при исчезновении психогенного травматизирующего фактора, без наличия резидуальных дисмимических знаков, является убедительным подтверждением первого диагноза.

При параноидных реакциях на авансцену мимической игры выступают компоненты бредовых переживаний. Как и при галлюцинаторно-параноидной форме шизофрении, в начальной стадии развития бреда у психогенных больных можно проследить в мимике элементы настороженности, недоверчивости. Обычно в мимике выступают проявления растерянности, тоскливости. Лицо собрано, черты его в ряде случаев носят резкий характер, взгляд напряженный (рис. 135).

При бреде кверулянтов в связи с обычными стеническими характерологическими особенностями личности, а также при наличии бредовых представлений «попранной» справедливости в мимических функциях преобладают выражения повышенной активности. У подобных больных

обычно холодные, сосредоточенные, суровые лица, иногда со значительной выраженностью лобной мышцы. При усилении бреда можно проследить, как в мимике больных нередко возрастают отчужденность, злобность, агрессивность, глаза принимают гневное выражение, взгляд становится как бы зловещим, обильная речевая продукция ведет к гипердинамической игре ротовой зоны мимики.

И, наоборот, при бреде воздействия в связи с обычными астеническими характерологическими особенностями личности, а также содержания бредовых переживаний, в мимике выступают насыщенные экспрессией выражения подавленности и боязни. У подобных больных лицо обычно бледное, мышцы его расслаблены, веки несколько опущены, голова иногда свисает на грудь. Губы, щеки, нижняя челюсть как бы несколько опускаются и лицо вследствие этого принимает временами несколько осунувшийся вид.

В других случаях, при еще более выраженной тревоге, лицо напрягается, брови стягиваются, лобная мышца тонизируется, и при этом иногда появляется намек на изгиб верхнего века. В целом мимика свидетельствует о тяжелых переживаниях больного.

При бреде преследования тугоухих существующий дефект слуха накладывает своеобразный отпечаток на выявляющиеся картины дисмимических структур. Обычно к выражениям настороженности, неуверенности, подозрительности и тревоги присоединяются дисмимические знаки тугоухости — вслушивание. Брови у больного при этом несколько приподнимаются, сближаются, глазные щели расширяются, как бы



Рис. 135. Параноидная реакция.

способствуя этим лучшему восприятию слушаемого. Сосредоточенное внимание обусловливает горизонтальные морщины лба и вертикальные у переносья.

В клинике истерии мимические нарушения выступают разнообразными вариациями. Прежде всего необходимо отметить, что в связи с нарушениями вегетативных и трофических функций в ряде случаев наблюдаются некоторые изменения кожных покровов лица, носящие обратимый характер и патопластически участвующие в формировании дисмимической симптоматики. В первую очередь сюда относятся вазомоторные изменения — спазмы и расширения поверхностной сети кожного кровообращения.

Иногда можно видеть отечность кожных покровов лица как общего разлитого характера, так и отдельных участков. В других случаях кожа становится сухой и дряблой. Нередко наблюдается потливость лица, которая тоже может распространяться или на всю его поверхность, или же на отдельные его участки. В более редких случаях выступают точечные и более расширенные подкожные кровоизлияния, так называемые стигмы при истерии, участвующие патопластически в формировании мимических расстройств.

У части больных можно видеть резкое понижение питания, ведущее к значительному похуданию лица, утончению его подкожножирового слоя и западению его мягких частей. Наряду с этим выраженные неврологические дисфункции также принимают патопластическое участие в процессах формирования истерических дисмимических структур. В частности, разнообразные

болевые ощущения, столь характерные для клиники истерии, проецируются в мимических выражениях компонентами страдальческих переживаний и мучительно болезненных гримас.

В качестве иллюстрации можно сослаться на такой характерный для истерии неврологический симптом, как подкатывание клубка к горлу, обычно сопровождаемое плачем. Интересно также отметить, что встречаемое при истерии функциональное сужение поля зрения ведет на этот отрезок времени к тонизированию лобной мышцы и к более широкому раскрытию глазных щелей.

Некоторый отпечаток на мимические расстройства при истерии накладывают различные двигательные нарушения типа моно- и параплегий. И хотя лицо реже поражается истерическими парезами и параличами, чем конечности, но тем не менее и на нем иногда проецируется аналогичная патологическая симптоматика, проявляющаяся в паралитических нарушениях глазных мышц, одно- и двусторонних птозах и т. д.

Эти грубые изменения, правда чисто функционального характера, вносят в дисмимические структуры элементы выраженной диссоциации и асимметрии. При истерических изменениях речи отмечается дисфункция ротовой мимики, варьирующая от амимических проявлений до гипермимических. В качестве примеров можно сослаться на заикание, афонию и др.

Часто на мимические отправления при истерии влияют общие изменения всей психомоторики. Так, в одних случаях двигательная сфера при истерии выявляется повышенной театрализацией, что придает мимическим отправлениям

характер искусственной нарочитости, приближающейся к актерской игре. В других случаях моторика больных становится угловатой и неуклюжей, отражаясь в мимике огрубелыми и замедленными проявлениями.

Мимические расстройства при истерических припадках заслуживают внимания с точки зрения их дифференцирования от других аналогичных явлений, по преимуществу эпилептических. Истерические припадки вариабильны, поэтому при них встречаются разнообразные мимические нарушения. Если попытаться в какой-то степени классифицировать наблюдаемое разнообразие припадков при истерии, то следует присоединиться к той точке зрения, которая дифференцирует данные припадки на три более или менее выраженные группы: рудиментарные припадки, малые и большие.

При рудиментарных припадках имеется следующая дисмимическая симптоматика: немотивированные приступы смеха или плача, неожиданные выкрики, икота, кашель. Иногда наблюдается скоропреходящее напряжение мускулатуры лица или клонические кратковременные подергивания отдельных мышц лица. Нередко отмечается сужение век, временами судорожный спазм дыхания, влекущий за собой резкие мимические знаки тревоги и страха. Обычно эти выражения протекают на фоне несколько измененной окраски кожных покровов лица: бледной или гиперемированной.

Малые припадки отличаются от рудиментарных более выраженной и утяжеленной симптоматикой с тоническими и клоническими подергиваниями, иногда с кратковременным, быстро

проходящим затемнением сознания. Мимика отражает экспрессивные картины боязни, страха и других переживаний. От мимических же нарушений большого припадка они отличаются неразвернутостью фаз и симптомов.

Наибольший интерес, с точки зрения мимической вариабильности, представляют большие припадки. Иногда им предшествуют продромальные периоды со значительными колебаниями настроения. В мимике при этом обычны выражения повышенной раздражительности, тоскливости, плаксивости, тревоги, боязни. В некоторых случаях наблюдаются предвестники типа своеобразной ауры. Она проявляется разнообразными психотическими феноменами, находящими яркое отражение в дисмимических структурах. К ним относятся такие явления, как резко выраженные спазмы в горле, внезапно затрудняющие дыхание и вызывающие дисмимические картины тревоги и страха.

При большом припадке, предчувствуя его наступление, больные опускаются на пол или на землю, либо ложатся на постель, а не сразу падают, как при эпилептическом припадке. Мускулатура тела, в том числе и лицевая, становится напряженной, глаза закатываются кверху. Иногда при этой тонической напряженности мускулатуры отмечаются изолированные подергивания мышц лица, нередко гримасообразного характера. Затем это напряжение переходит в быстрые и частые клонические подергивания мускулатуры всего тела и мышц лица.

В связи с гиперемией поверхностной кожной кровеносной сети лицо принимает выраженную розовую окраску. Оно дергается, мимические

функции при этом искажаются. Отмечаются картины страха. Постепенно клонические судороги слабеют в своей интенсивности, уменьшаются в объеме, становятся более редкими. Одновременно начинается упорядочение мимического гиперкинеза и его переход к спокойному состоянию. Гиперемия лица ослабевает и проходит.

Иногда начинается второй период большого припадка. Проявляется беспорядочными движениями туловища и конечностей. В этом периоде встречается поза истерической дуги с напряжением мускулатуры всего тела, в том числе и лица. Интересно отметить, что возникающая напряженность лица нередко фиксирует то мимическое выражение, которое предшествовало этому этапу. Характерны вращательные и качательные движения всего тела, в том числе и головы. Нередко больные при этом катаются по полу.

Глаза или закатываются в верхнем направлении, или же производят своеобразные круговые вращения. Веки глаз или сближаются, сужая глазную щель, или же, наоборот, расходятся, значительно раздвигая ее. Сопутствующие явления в виде затрудненного дыхания, криков и стонов усиливают тяжесть дисмимических картин. Возникают стереотипии двигательного характера.

В некоторых случаях мы наблюдали и третий период больших припадков — так называемых страстных поз. Здесь со значительной пластичностью и экспрессией выступают в мимике различные выражения эйфории и ее вариаций: кокетства, экстаза, восторга. Нарастает эротичность, возникает феномен «масляных глаз». На этом этапе больные принимают различные театральные позы с проекцией их в дисмимических картинах.

В классических типах большого истерического припадка встречается иногда и четвертый период, характеризующийся в основном галлюцинаторными и делириозными переживаниями с ярким отражением их в дисмимических картинах.

В классических случаях большого истерического припадка наряду с общей симптоматикой мимические расстройства бывают настолько характерными, что их легко дифференцировать от эпилептических припадков. В более неясных и атипических случаях дисмимические критерии наряду с другими объективными показателями помогают в дифференциально-диагностическом плане уточнить природу заболевания. Так, при большом истерическом припадке не встречается мимика острого вскрика при начале припадка и нет такой затемненности сознания, что выявляется в мимике.

С другой стороны, при эпилептических припадках не встречаются дисмимические картины клоунизма, страстных поз и галлюцинаторных переживаний. Далее при истерическом припадке отсутствуют огрубение и оскуднение мимических функций.

Мимические расстройства при психотических переживаниях в клинике истерии наблюдаются как в припадочных состояниях, так и вне их, в особенности при состояниях сложной психотической симптоматики. Интересно отметить, что у больных истерией даже в их обычном состоянии нередко наблюдается диссоциация между

психическими переживаниями и их выразительным отражением в мимической игре.

Нередко при истерии отмечается значительное несоответствие между бурной дисмимической проекций и незначительностью психического переживания, обусловившего данную истерическую гипермимию.

Наиболее интересные мимические расстройства при сложных психотических симптомах истерии встречаются в клинике сумеречных состояний сознания. Здесь дисмимии проявляются различными вариациями, обусловливаемыми клиническими картинами сумеречных состояний. В одних случаях, протекающих с акцентированием симптоматики снохождения, мы видели разглаженные, гипомимичные, а иногда и амимичные лица больных, которые с безразличным выражением, без всякого участия мимической экспрессии, выполняли автоматически совершавшиеся ими действия.

В других случаях в структуре образования мимических расстройств принимают участие галлюцинаторные переживания, и тогда можно видеть большую вариабильность дисмимических картин. Выступают выражения различных переживаний: тревоги, боязни, радости и т. д. Иногда при подобных состояниях выступает своеобразная театрализованная мимика, отражающая, повидимому, какие-то сценоподобные переживания больных.

Следующие критерии позволяют отграничивать сумеречные состояния сознания истерического характера от других — органического генеза. Во-первых, при истерии они вызываются обычно психогенно, после неприятных переживаний (ссоры, конфликты, воспоминания и т. д.).

Во-вторых, протекают при правильном поведении. В-третьих, бросается в глаза их яркая сценичность, насыщенная аффективностью.

Особо следует сказать о мимических расстройствах при так называемом ганзеровском синдроме. В соответствии с клинической психотической картиной в мимике больных преобладают выражения растерянности и неосмысленности ситуации и часто доминируют выражения как бы нарочитой театрализованной игры.

При пуэрилизме проявляются детские мимические компоненты.

Близко к синдрому Ганзера стоит симптомокомплекс псевдодеменции с дисмимическими нарушениями, аналогичными ганзеровским. В мимической симптоматике псевдодеменции преобладают выражения вялости, неосмысленности. Часто проявляется незамаскированное, но и неосознанное желание больного казаться глупым. При этих нарушениях выявляются грубые дисмимические картины в виде значительного расширения глазных щелей, напряжения лицевых мышц, грубо произвольного формирования нелепых мимических формул. Иногда активизируются своеобразные маскообразные дисмимические картины, напоминающие неумелую дисмимическую симуляцию.

Вариабильны мимические расстройства у лиц с так называемым истерическим характером. Имеющиеся элементы эмоциональной неустойчивости обусловливают диссоциацию нервно-психической деятельности и ведут к ряду особых проявлений психических функций, отражающихся в мимике больных. В их мимической деятельности много наигранного и надуманного, притвор-

ного. Тормозные процессы их мимических функций как бы выпадают. Поражают внезапные переходы от слез к смеху и обратно. Обычно мимические выражения насыщены большой экспрессией. Часто у подобных лиц отмечается театрализованная псевдоактерская мимика; в ней проецируются эротические переживания, повышенное самомнение, эгоизм (рис. 136).

Переходим к вопросу о возможности произвольных мимических дисфункций при попытках симуляции психотических нарушений одной из вариаций данной группы заболеваний. Мы уже отмечали, что симуляция любых мимических нарушений является очень трудным делом. Тонкая и верная симуляция психогенных дисмимических картин, достаточно правильных в клиническом аспекте, очень сложна.

Казалось бы, легче всего симулировать из данной группы страданий шизоидные реакции, и в особенности те их вариации, которые относятся к псевдокататоническому ступору. Однако в действительности оказывается, что и такие более простые примитивные психогенные реакции трудно имитировать ввиду невозможности нормальному в психическом отношении человеку длительно перевоплотиться в больного с подобным психическим страданием.

Вот почему при попытках симуляции как психогенных реакций, так и других психозов фальшь в мимической игре может быть распознана, в особенности ее неестественность и вычурность. При распознавании симуляции некоторым подспорьем в дифференциально-диагностическом плане могут служить так называемые взоровые реакции. Под ними понимают обра-



Рис. 136. «Театрализованная» мимика.

щение взора в сторону внезапного раздражителя. обычно слухового.

Исследования показывают, что взоровые реакции свойственны всем людям как в норме, так и в патологии, при условии, если сохраняется речевой контакт. Однако люди, пытающиеся симулировать психотические состояния, в большинстве случаев этого не знают и не пользуются взоровой реакцией, затормаживания ее, думая, что тем самым они выявляют перед врачами болезненную симптоматику.

Иначе обстоит дело с аггравацией при наличии неполноценной психической почвы, более подробно описанной в начале данной главы. У таких личностей имеются особые предпосылки, позволяющие больным сознательно воздействовать на гипобулические механизмы и тем самым усиливать психотическое состояние и коррелируемую с ним мимику. Однако и здесь полная аггравация мимических расстройств затруднительна, так как аггравант не может произвольно по настоящему пользоваться экспрессивной мимикой и, следовательно, не может по желанию продуцировать клинически верные и убедительные дисмимические картины.

Длительное наблюдение позволяет почти во всех случаях распознать и аггравационные компоненты в мимических картинах.

Глава 10

Мимическая недостаточность в клинике олигофрений

Недоразвитие психических функций в клинике олигофрений вызывается разнообразными причинами, относящимися по преимуществу или к патологической наследственности, или к внутриутробному нарушению нормального развития зародыша, или же к неблагоприятному воздействию внешних факторов в первые годы жизни ребенка. Этими же этиологическими факторами в основном обусловливаются различные вариации мимической недостаточности в клинике олигофрений.

Дефектный анатомо-физиологический субстрат определяет недоразвитие мимических структур. Последние слагаются из ряда взаимообусловленных и взаимодополняющих ингредиентов, среди которых на первом плане стоят сле-

дующие. Во-первых, это анатомические аномалии в строении черепного и лицевого скелета. Во-вторых, неполноценность моторных и психомоторных функций — двигательная недостаточность. Подробнее речь об этом будет ниже. Наконец, в-третьих, это недоразвитие психики, ее болезненное состояние, отражение ее переживаний в мимических отправлениях.

При олигофрениях, связанных с рано приобретенными поражениями мозга, часто наблюдаются очаговые поражения, вызывающие те или другие отклонения неврологических функций, диссоциацию мимики, ее асимметрию и искажения.

Различные изменения вегетативных функций дополнительно влияют на формирование дисмимических структур. Велико патопластическое воздействие на мимику нарушений эндокринной системы, которые в большинстве случаев носят плюригландулярный характер. В частности, гипофункция щитовидной железы ведет к микседеме, нередко встречаемой в клинике олигофрений.

Дисфункции различных систем организма часто формируют диспластическое телосложение. Различные деформации лица, обусловленные асимметрией его составных частей, например измененные по форме глазницы, третье веко, аномалии в строении ушей, носа, губ, неба, челюстей, зубов и т. д., все это в какой-то степени вызывает те или другие сдвиги в мимике.

Наряду с направленной архитектоникой лицевого скелета и дисфункцией ряда систем организма в особенности желез внутренней секреции, нередко наблюдаются и изменения мягких частей

лица, принимающих также патопластическое участие в дисмимических структурах (рис. 137, 138). Отмечаются различные заболевания кожи хронического характера — высыпи, трофические нарушения и т. д.

Иногда в подкожной клетчатке, и в особенности на лице, встречаются значительные жировые отложения, которые делают его как бы раздувшимся со стертыми чертами, приводящими в некоторой степени к утере индивидуальных особенностей мимических функций (рис. 139).

Дефектность в развитии органов чувств также отражается патопластически на мимике. В частности, у слепых олигофренов с полной потерей зрения описывается характерное разглаженное, без единой морщины, состояние лба, вызванное бездеятельностью фронтальной мышцы в связи с выпадением зрительного анализатора.

При полной потере слуха отсутствуют всякие реактивные мимические выражения на звуковые раздражения, в том числе и взоровые реакции. У некоторых больных бросается в глаза гипотония мягких покровов лица, расслабление его мускулатуры. Следствием этого является некоторое отвисание нижней челюсти, что придает лицу тупое выражение (рис. 140).

Второй патологический ряд дисмимических картин в клинике олигофрений определяется моторной недостаточностью, обычной при этой группе заболеваний. В литературе подчеркивается, что моторная неполноценность является одним из кардинальных симптомов олигофрений.

Массивность моторных нарушений обусловливается в основном степенью дефекта централь-

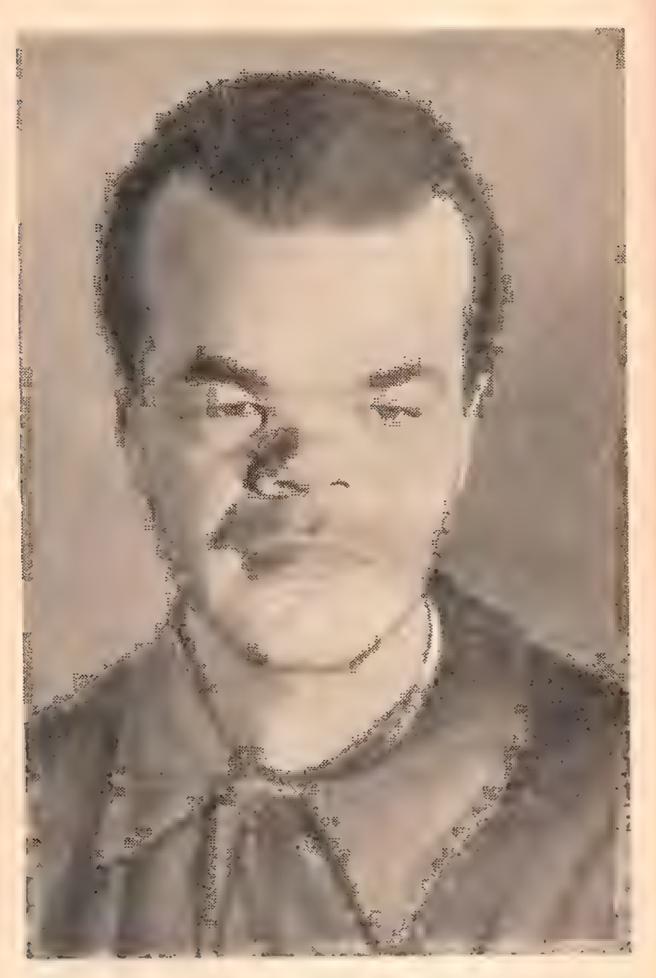


Рис. 137. Анатомо-физиологические аномалии черепного скелета.



Рис. 138. Анатомо-физиологические аномалии лицевого скелета.



Рис. 139. «Стертые» черты лица.



Рис. 140. Расслабление лицевой мускулатуры.

ной нервной и эндокринной систем при сочетанном участии и всех других соматических аномалий развития организма. В настоящее время более или менее изучены основные формы моторной недостаточности, имеющие определенное значение в формировании дисмимических структур.

Форма моторной недостаточности, описанная Dupré характеризуется в основном отсутствием четкого разделения и гармонии в отправлении моторных функций, коррелируется она с гипоритмией и нередко усиливается наличием синкинезий. Причиной их является затрудненность дифференцированных движений. Вследствие этого подобные больные не могут раздельно закрывать глаза, т. е. один глаз при другом открытом.

Для данной формы характерна следующая неврологическая симптоматика: паратония, повышение сухожильных рефлексов, синкинезии, неловкость произвольных движений, дефекты речи и др. Анатомо-физиологическая основа данной формы — дефекты в развитии пирамидных путей. Однако клинические наблюдения больных с этой формой дают основание думать, что невозможно здесь выключать и корковую моторику. Следовательно, надо говорить о комбинированном сочетании недостаточности моторной зоны коры и пирамидной системы. Мимическая игра у таких больных приобретает некоординированный характер, их мимическая деятельность засоряется ненужными, мешающими синкинезиями, определяя известную дисгармонию мимики.

Другой формой моторной недостаточности является двигательный инфантилизм. Его сущность заключается в своеобразной задержке

и временами даже приостановке формирования моторной сферы личности, в связи с чем у больных наблюдается несоответствие степени развития моторных функций возрасту и соматическому состоянию больного. Причина — диссоциация в деятельности пирамидной и экстрапирамидной системы.

Третьей вариацией двигательной неполноценности является форма Vallun, представляющая собой тип церебеллярной моторной атаксии. Для нее характерны дисфункция нервно-мышечного тонуса, дисметрия, асинергия. Ее анатомо-физиологическая основа базируется на дефектности корково-мозжечковых систем, ведающих как общей моторикой, так и в особенности координационными механизмами. В связи с этим в мимической деятельности проявляются компоненты атаксии и дискоординации, влияющие огрубляюще на процессы формирования мимических выражений, на их экспрессию и гармонию.

Четвертая форма моторной недостаточности проистекает из экстрапирамидной неполноценности, являющейся ее анатомо-физиологической основой. При этой форме страдают автоматизмы и вся сфера выразительных движений. Мимические выражения при ней примитивны, неразвернуты, абортивны, дисгармоничны.

Пятая форма, выделенная М. О. Гуревичем, выступает как производная лобной неполноценности. Ее анатомо-физиологическая основа лежит в поражении высших фронтальных систем. Она может быть как врожденной (например, при микроцефалии), так и приобретенной, экзогенного происхождения (энцефалит, травма и др.). Эта форма характеризуется невозможностью

последовательно произвольно осуществлять рациональные движения. При ней бросается в глаза дефектность моторных формул, невозможность их образования в ряде случаев.

Для этой формы характерна большая подвижность больных, кажущееся богатство движений, неутомимость в их совершении. Однако все эти движения бывают малопродуктивны и бесцельны.

Таким образом, имеется ряд форм моторной недостаточности. Мы коснулись, конечно, лишь некоторых из них. Наряду с ними нельзя игнорировать переходные, менее очерченные поражения двигательной сферы, которые также влияют патопластически на формируемые мимические структуры. Следовательно, все вариации двигательной недостаточности сказываются на характере мимических нарушений, наблюдаемых в клинике олигофрений.

Особенно наглядно эти патологические отклонения мимики выступают при сравнении различных степеней олигофрении — дебильности, имбецильности и идиотии, при которых можно проследить, как в зависимости от тяжести случая возрастает глубина психомоторной недостаточности, умственная неполноценность и массивность выраженности различных аномалий дисмимических структур. Здесь значительный интерес вызывают патологические отклонения, обусловленные неравномерными задержками в развитии личности. У олигофренов отмечается значительное отставание в развитии мимических функций как в количественном отношении, так и в особенности в качественном (выраженность. динамика течения и т. д.).

Надо помнить и о том, что на ущербном развитии мимических функций и олигофренов сказывается также недостаточное приобретение онтогенетического опыта, который имеет значение в формировании мимических структур.

Далее, при изучении различных вариаций мимических расстройств при олигофрении необходимо также учитывать вариабильные дисфункции отдельных моторных механизмов, в частности речи. Разнообразные ее расстройства, начиная от легких, менее выраженных аномалий и завершая грубыми нарушениями, вплоть до полного ее отсутствия, также влияют патопластически на формирование аномалийных дисмимических структур в связи с возникновением компенсаторных мимических механизмов для преодоления существующих дефектов речи в каждом случае.

В частности, значительную деформацию в отправлении мимических функций нередко вносят тяжелые формы заикания, при которых мимическая игра еще более утяжеляется напряженностью всей лицевой мускулатуры, судорожными ее движениями, нарушением дыхательного акта и выраженными затруднениями моторного порядка, обусловленными дефектностью речевых механизмов. При этом отмечаются вариабильные дисмимические синкинезии, дополнительно искажающие и деформирующие мимику.

Известное значение в патогенезе и структуре мимических функций в клинике олигофрений имеет также и возрастной фактор, влияние которого можно проследить по нескольким линиям. В одних случаях мы наблюдаем в симптоматологии возрастную неравномерность развития

различных двигательных систем, что еще более утяжеляет их диссоциацию и дискоординацию. В других случаях эти механизмы развития выступают менее выраженно, что более благоприятно отражается на общем развитии моторики больного и, следовательно, его мимических функций.

Далее, необходимо также учитывать и некоторые особенности внешнего вида больных, которые играют известную роль при ознакомлении с мимическими аномалиями у олигофренов. На это, в частности, указал Bleuler. Речь идет о том, что многие олигофрены в связи с дефектностью развития отличаются маленьким ростом и инфантильны. В связи в этим у таких больных инфантильные компоненты нередко создают впечатление более молодого возраста, чем это есть на самом деле. Следовательно, и у врача при отсутствии необходимых анамнестических сведений, в частности о возрасте больного, может создаться не вполне правильное представление об имеющихся в каждом конкретном случае отклонениях в мимической сфере.

Исследуя мимическую недостаточность при трех основных степенях олигофрений: легкой степени — дебильности, средней — имбецильности и глубокой — идиотии, приходится наблюдать значительные различия в нарушенных мимических функциях. В выраженных случаях олигофрений наряду с общей клинической картиной заболевания встречаются несколько характерные мимические отклонения, что часто по ним одним можно правильно предположить характер недоразвития личности, степень слабоумия и даже отдельные его формы.

О возможности судить об этом по мимическим данным в качестве дополнительного диагностического критерия писали многие авторы, особенно в работах, посвященных вопросам деменции. Они подчеркивали, что слабоумие наряду со многими сторонами своего проявления (поведение, состояние интеллекта и т. д.) находит отражение в двигательной сфере, в частности в области выразительных движений, в особенности по линии мимических функций. Для многих картин деменции характерна гипомимия, доходящая в резко выраженных случаях до полной амимии. Гораздо реже встречается гипермимия, хотя и она тоже может иметь место.

В качественном аспекте мимические отклонения при деменции характеризуются пониженной дифференциацией функций, ослабленной осмысленностью выражений, общим огрубением мимической игры. Для олигофренов характерно проявление мимических отклонений, которое вызывается не деградацией нормальной мимики, а ее недоразвитием, задержками на различных этапах формирования личности.

Сравнивая отдельные степени олигофрений, необходимо отметить, что меньше всего страдают мимические функции при дебильности. На первый взгляд иногда даже кажется невозможным выявление каких-либо отклонений в мимической игре. Однако и здесь опытный глаз может обнаружить как у детей-олигофренов, так и у взрослых недостаточное проявление мимической деятельности, ее выражений, нюансов, оттенков. И хотя у таких больных мимические функции грубо не нарушены, тем не менее обнаруживаемая в них микросимптоматика свидетельствует

о наличии несомненной патологии. Сюда входят вялость мимической игры, недостаточная живость ответных мимических реакций, обедненность экспрессии (рис. 141).

При утяжелении общей симптоматики мимические функции нарушаются в значительно большей степени. Здесь встречаются торпидные клинические картины с соответствующей им дисмимической симптоматикой (рис. 142) и эретические клинические вариации, характеризующиеся наряду с общей симптоматологией и повышенной активностью (рис. 143).

В клинике имбецильности мимическая недостаточность бросается в глаза более резко. Здесь тоже встречаются как торпидные клинические картины, так и эретические (рис. 144). Для первых характерны вялые, маловыразительные лица со скудной и замедленной мимической игрой. Для имбецилов более специфично тупое, часто глупое выражение лица. Для вторых форм типичны более оживленные лица, но тоже бедные в своей мимической выразительности. Bleuler опубликовал подобную фотографию имбецила, который в связи с обильной речевой продукцией создавал как бы впечатление подвижной мимической игры. Однако автор счел нужным подчеркнуть, что, несмотря на некоторую моторную активность его лица, мимика у него упрощенная и грубая.

Характерна фотография другого больного, опубликованная тем же автором. В мимике этого пациента преобладал смех, но проявления его, по заключению Bleuler, были бедны и скудны. В связи с постоянным возбуждением больного мимика его была несдержанна и развязна,



Рис. 141. Олигофрения в степени дебильности.



Рис. 142. Клиническая вариация нарушения мимических функций у больного с явлениями дебильности.



Рис. 143. Эретическая дисмимическая картина дебильности.



Рис. 144. Клиническая вариация у другого больного.

мимические переходы совершались отрывисто и в целом она носила своеобразный стертый характер.

На еще более низком уровне находятся мимические функции при идиотии. Как и при предыдущих двух степенях слабоумия, здесь тоже нельзя говорить об абсолютно однородной мимической недостаточности. При этой форме также наблюдается некоторая, правда еще более ограниченная и бедная, мимическая деятельность. В этом аспекте крайним полюсом мимической недостаточности по линии как торпидных экспрессий, так и эретических является глубокая степень идиотии. При ее торпидных выражениях больные находятся в состоянии значительной акинезии, которая в наиболее тяжелых случаях доходит до полной акинезии и, следовательно, амимии (рис. 145). Лица у них бывают разглажены, неосмысленны. Отсутствуют всякие мимические реакции, в том числе смеха, плача и взоровые.

У других больных с менее выраженной степенью идиотии наблюдаются проявления мимических реакций. В одних случаях это абортивная улыбка (рис. 146), в других — неосмысленный смех (рис. 147). Дарвин описывал наряду с больными, находящимися в акинетическом состоянии, добродушных, постоянно пребывающих в хорошем настроении. Он писал, что в выражении лица таких больных преобладает стереотипная неосмысленная улыбка. Ее в ряде случаев можно усилить, демонстрируя больным какой-нибудь предмет. Тогда они начинают громко во весь рот смеяться, формируя однотипные гримасы.



Рис. 145. Торпидное дисмимическое выражение.



Рис. 146. Стереотипная улыбка при идиотии.



Рис. 147. Неосмысленный смех идиота.

С. С. Корсаков обращал внимание на подражательные моменты в мимике некоторых идиотов. Они пытались повторять мимические выражеиия окружающих (эхомимия).

В ряде случаев отмечается возбужденная однотипная и крайне бедная мимическая игра, коррелируемая с двигательиым беспокойством больного. Подобные больные все время в движении, все ломают, без умолку выкрикивают непонятные разорванные обрывки фраз и слов или просто отдельные звуки различной громкости. При этом у них нередко отмечаются двигательные стереотипии туловища, в том числе и головы, например покачиваиие ее вперед. Такие больные без разбору все суют себе в рот, жадно проглатывают пищу, бессмысленно смеются, громко кричат, хрюкают, бьют себя и окружающих. При аффектах раздражительности, гнева, наблюдаемых почти при всех проявлениях идиотии, больные кричат, становятся агрессивными (рис. 148), кусаются, царапаются. В мимике у них проступают обрывочные, искаженные яростью гримасы, беспорядочно нагромождающиеся друг на друга и создающие одиотипные, все повторяющиеся дисмимические структуры. У некоторых больных, более спокойных, выступает активная оборонительная реакция защиты пищи. Мы приводим серию фотографий одного и того же больного с подобной реакцией. Вот он ждет еды (рис. 149). Посмотрите, как он напряжен, весь собран, голова устремлена вперед, взор фиксирован, он ждет. Но вот частично он еду получил. Мы видим его на более общем плане. Пока у него только хлеб. Он положил его на диван. Чувствуется, что хлеб мало его инте-



Рис. 148. Раздражительность при идиотии.



Рис. 149. Мимическая реакция на пищу.

ресует. Ему нужна, по-видимому, более основательная еда, может быть более вкусная. Вот он протягивает руку и опять застыл в ожидании. Наконец, еда у него — полная тарелка каши (рис. 150). Посмотрите, как он набросился на нее. Голова наклонена к тарелке, рука погружена в кашу и он набивает ею рот (рис. 151). Но вот что-то привлекло его внимание. Возможно, что ему почудилась угроза — угроза его процессу еды. И вот резкий поворот головы в сторону, взгляд напряженный, миска с кашей теснее прижата к себе. Ничего не увидел, но тем не менее тревога не оставляет его. Голова повернута обратно, миска прижата ко рту, но, по-видимому, больной еще не успокоился — очень напряженный и тревожный взгляд. Больной насытился. Это видно по довольному выражению лица. Взгляд утратил напряженность, как бы подобрел.

Kirchoff высказал мнение о том, что при идиотии, так же как и при выраженных формах имбецильности, физиогномические стигмы лицевой архитектоники настолько тесно переплетаются с мимическими показателями, что часто трудно бывает провести между этими двумя рядами патологических явлений четкий дифференциальный анализ. По словам этого автора, наблюдаются как бы примеры своеобразного органического сплава этих двух симптомных рядов, которые своей совокупностью формируют и крайне характерные, по его мнению, для олигофрении физиономии, как, например, «голова ацтека», «ежеобразная голова», «физиономия кусающая орехи» и т. д.

Надо подчеркнуть, что эти взгляды Kirchoff едва ли приемлемы: в практическом отношении



Рис. 150. Мимика во время еды.



Рис. 151. Тревога (напряженно-боязливое выражение).

можно, конечно, отметить ряд своеобразных изменений головы, лица и мимической игры у больных, которые в большей или меньшей степени могут напоминать головы животных или быть похожими на другое, нечто более оригинальное, как, например, «голова ацтека». Такие аналогии нетрудно устанавливать, учитывая большую вариабильность соматических аномалий в клинике олигофрений.

Однако для понимания патогенеза и структуры мимических отклонений эти аналогии ничего не дают, ничем не обогащают ни нашу практику, ни теорию. Kirchoff не учитывает, что как различные соматические, так и психические явления представляются вариабильными, производными поражениями организма в целом и объясняются различными патогенетическими механизмами их формирования и что поэтому чисто формальный подход по аналогии с внешними признаками, пусть очень бросающимися в глаза, не может здесь быть продуктивным.

Следовательно, речь должна идти не о так называемых органических сплавах соматики и психики, которые диалектически сочетаются между собой как в норме, так и в патологии, а об установлении степени изменения каждого из основных элементов дисмимических структур в клинике олигофрений, а именно: анатомической основы черепного и лицевого скелета, а также мягких тканей «лицевой фигуры», степени и формы моторной недостаточности, характера и степени недоразвития психики.

В связи с имеющимися различными этиологическими факторами происхождения отдельных форм олигофрений между ними отмечаются не-

которые дифференциальные отличия в их мимических проекциях. Так, мимические картины, обусловливаемые эндогенными уродствами мозга, несколько несхожи с теми, которые вызываются его экзогенными поражениями. Точно так же некоторые дифференциальные особенности в мимических проявлениях можно выявить в той группе олигофрений, которая вызывается эндокринными расстройствами.

Исследуя показатели мимического недоразвития в клинике олигофрений, важно, исходя из диагностических соображений, провести углубленный анализ тех мимических дифференциальных знаков, которые встречаются при отдельных формах данного страдания. Подобный анализ позволяет тщательнее проработать мимическую симптоматологию при олигофрениях и повысить ее значимость в качестве объективного дифференциально-диагностического критерия. Результатом подобного исследования является установление на данном этапе ориентировочных критериев, схожих и отличных в мимических показателях при различных формах и группах олигофрений.

При изучении мимической недостаточности при олигофрениях вследствие эндогенных уродств мозга мы в данном разделе проанализируем только одну клиническую форму — микроцефалию. Как известно, анатомо-физиологическая основа микроцефалии заключается в неравномерном развитии мозга. Обычно здесь наблюдается удовлетворительное состояние ствола мозга, мозжечка при значительном отставании головного мозга (больших полушарий) и в особенности его передних лобных долей.

Отмечается небольшой объем и вес мозга. Борозды его идут атипично. В теменной доле встречается так называемая обезьянья борозда. Нередко обнаруживается недостаточность мозолистого тела. Микроскопическое исследование выявляет ряд отклонений от нормы, в том числе сниженное наличие нервных элементов, гетеротопию и т. д. Характерен соматический коррелят черепного скелета. Бросается в глаза резкое несоответствие между маленьким черепом и гораздо бо̀льшим по размеру в смысле соотношений туловищем. Структура черепа асимметрична. Обычно наблюдается сравнительно достаточное развитие лицевого скелета при отстающем формировании купола черепа.

Своеобразна также моторика микроцефалов. Обычно при этом страдании отмечается удовлетворительное развитие экстрапирамидных путей при более или менее значительном отставании корковых. Моторные центры коры недоразвиты. При наличии определенных дефектов в пирамидной системе выступает моторная недостаточность формы Dupré. Но более частой является лобная форма недостаточности, описанная М. О. Гуревичем.

Мимические функции развиваются на своеобразно измененной основе «лицевой фигуры». В связи с относительно удовлетворительным функционированием экстрапирамидной системы мимика при микроцефалии поражается меньше по сравнению с другими психомоторными функциями. Характер мимики, степень ее подвижности, темпы, выраженность, вариабильность и т. д. определяются в основном психическим состоянием больных.

Еще С. С. Корсаков писал, что среди микроцефалов наблюдаются больные как с вялой формой и с однотонной бедной моторикой, так и возбудимые с более вариабильной и подвижной моторной деятельностью. При вялых торпидных формах наблюдается значительное обеднение моторики, оскудение ее и замедление. Иногда она доходит до выраженных форм гипомимии, даже амимии (торпидные микроцефалические дисмимические структуры). При второй форме — эретической — бросается в глаза беспорядочная, иногда бурная моторика, сопровождаемая значительной гипермимической манифестацией (эретические, микроцефалические дисмимические структуры).

Bleuler опубликовал случай эретической формы микроцефалии, характеризующийся глубокой степенью идиотии. При поступлении в клинику и первое время нахождения в ней больной высказывал значительный страх, много кричал, кусался, царапался. Приведенная автором фотография, несмотря на свою статичность, дает некоторое представление о характере дисмимии больного. В ней преобладает бессмысленный смех. Ротовая щель широко раскрыта. Глаза безразличные. В целом мимика гипердинамична и стереотипна.

Нередко среди микроцефалов встречаются средние, смешанные формы, когда больные добродушны, спокойно подражают окружающим, в том числе копируют их мимику. Дисмимические вариации подобных состояний при стадии дебильности у микроцефалов богаче, гибче, чем у микроцефалов в степени имбецильности или идиотии.

Представляем несколько фотографий одного из наших больных. На первой из них (рис. 152) мы видим низкий, скошенный лоб со значительно выступающими вперед надбровными дугами. Форма лица вытянутая. Переносье низкое. Лицевые кости развиты достаточно, но в связи с недоразвитием костей черепного скелета кажутся более массивными и значительными. Асимметрия черепной коробки обусловливает асимметрию в «лицевой фигуре». Губы толстые, уши маленькие с приращенными мочками.

На своеобразном микроцефалически измененном лице беспрестанно проецируется активная мимическая игра. Разнообразные мимические выражения быстро, почти калейдоскопически, сменяют друг друга. Обычно в мимике преобладает радостная, веселая улыбка, которая на высоте хорошего самочувствия больного распространяется на все его лицо и сопровождается криками удовольствия (рис. 153). При получении папиросы по лицу разливается своеобразное блаженство: голова несколько приподнимается кверху, глаза полузакрыты, больной делает глубокие затяжки и с большим удовольствием выпускает дым. Аналогично выражение большого удовольствия при получении конфеты. Смеясь, больной кладет ее в рот, громко причмокивает и проглатывает.

При состояниях раздражительности, гнева и ярости, которые возникают нередко, лицо теряет свою обычную окраску, бледнеет, становится напряженным, агрессивным. На лице появляются гримасы злобы, рот полураскрывается, больной издает громкие и яростные крики. При реакции испуга застывает, опускает голову,



Рис. 152. Мимика микроцефала.



Рис. 153. Добродушное, веселое выражение.

нижняя челюсть несколько свисает в состоянии гипотонии (рис. 154).

Как микро-, так и гидроцефалия представляет несомненный клинический интерес в мимическом аспекте, поскольку резкое изменение черепного скелета влияет в известной степени на лицевой скелет и деформирующе воздействует на общую картину мимической игры.

Как известно, анатомо-физиологическая основа гидроцефалии заключается в значительном скоплении черепномозговой жидкости. Вызванное этим процессом повышение внутричерепного давления обусловливает ряд соматических и психических изменений: деформацию черепа, задержку развития головного мозга, изменение психики и т. д.

Встречаемые при гидроцефалии деформации черепа сводятся в основном к подъему черепа, расширению его купола при остающихся неизмененными основании черепа и лицевого скелета. В результате получается асимметрия в строении головы и отчасти лица — лоб выпячивается кверху и несколько выдается вперед. Такое изменение архитектоники лобной кости создает впечатление значительного отставания костей переносья, вследствие чего получается искажение «лицевой фигуры», участвующей патопластически в аиомалийных дисмимических структурах.

Изменившиеся соотношения величины частей черепного и лицевого скелета создают впечатление некоторого уменьшения объема лица. Высокий выпуклый лоб обычно круто спускается и как бы нависает. Глаза кажутся расположенными глубже, чем обычно, и часто производят впечатление опустившихся вниз.



Рис. 154. Мимика испуга.

В некоторых случаях, обусловленных увеличением черепа, глаза расставлены шире. Глазные щели иногда уменьшены. Наряду с симметричным растяжением черепного скелета отмечаются и асимметричные его деформации. Последние часто ведут к изменениям форм черепа, вызывая его скошенность, вытянутость в переднезаднем направлении и т. д.

Обычно наблюдаются также и изменения кожных покровов. Снижается эластичность кожи, она приобретает серо-пепельный оттенок, иногда на лбу явственно выступают набухшие вены.

Механическое сдавление мозгового вещества нарушает функциональные отправления корково-мозжечковых и экстрапирамидных механизмов, ведающих выразительными движениями, к которым относятся и мимические функции. При возрастании корковой симптоматики отмечается дальнейшее обеднение, огрубение и деформация мимической игры.

В зависимости от выраженности гидроцефалии и степени сдавливающего воздействия черепномозговой жидкости, в мимических структурах встречаются проявления локальных неврологических знаков раздражения, ослабления и выпадения. Отмечаются при этом страбизм, нистагм и т. д. При атрофии зрительных нервов, также вызванной сдавлением перекреста зрительных нервов, и полной потере зрения в выражениях лица выступают характерные показатели мимики слепых.

Различные степени пареза лицевого нерва вносят в мимическую игру дополнительные элементы диссоциации и дискоординации.

При нарушениях функциональной деятельности гипофиза возникающие разнообразные расстройства желез внутренней секреции накладывают дополнительный «эндокринный» отпечаток на соматическую основу мимической деятельности (ожирение лица и т. д.).

Часто в связи с менингеальными явлениями, выражающимися рядом симптомов, в том числе головными болями и рвотой, в мимике выступают компоненты оглушенности и переживаний боли.

Отмечаемые при гидроцефалии разнообразные нарушения речи принимают некоторое патопластическое участие в дисмимических проявлениях в связи с мобилизацией компенсаторных мимических механизмов для преодоления речевых дисфункций.

Однако неврологические знаки дисмимических картин создают только общий фон мимической игры. Основной является психопатологическая симптоматика, и дисмимические проявления обусловливаются в первую очередь степенью психического недоразвития.

Наблюдаемые у больных с гидроцефалией резкие аффективные колебания находят свое отражение в дисмимических картинах, выражениях гневливости, злобности, агрессивности. При этом значительно возрастает активность ротовой мимики на почве возрастающей речевой продукции. Глаза принимают гневное выражение и гримасы ярости еще более искажают и без того уже деформированную мимическую игру. Однако необходимо отметить нестойкость данных дисмимий, уступающих вскоре свое место обычным торпидным мимическим выражениям.

В качестве иллюстрации приводим фотографию одного из наблюдающихся нами больных (рис. 155). Большая шарообразная форма головы меняет соотношения лицевых и черепных костей. В связи с этим соматическая основа лица, на которой проецируются мимические выражения, выступает несколько измененной. Из неврологических знаков, находящих некоторое отражение в общих выражениях мимической игры, можно отметить страбизм, разглаженность носогубных складок.

Преобладающее у больного выражение лица вялое, апатичное, безразличное, с блуждающим, неустойчивым взглядом, отмечается недостаточная дифференциация мимической игры. Мимические выражения бедные, однотипные, часто повторяющиеся. Тонкие мимические нюансы как бы выпадают. В целом мимическая игра производит дисгармоничное впечатление.

Обычно, если больному возражают, он начинает сердиться. Лицо становится напряженным, в его выражениях проступают знаки неудовольствия. В дальнейшем возникает мимическая реакция обиды. Подтягиваются губы, глаза принимают плаксивое выражение, повышается голос, начинается крик, плач. Больной всячески доказывает свою правоту.

Своеобразна мимическая недостаточность при олигофрениях на почве эндокринопатии. В первую очередь это относится к таким заболеваниям, как кретинизм и болезнь Дауна.

При кретинизме в лице нередко отмечаются разнообразные асимметрии, обусловленные недоразвитием отдельных костей лицевого и черепного скелета. Бросается в глаза седловидный



Рис. 155. Мимика гидроцефала.

нос, малая высота лба, выпирание скуловых костей. Кожные покровы лица изменены, бывают отечными, пастозными, сухими, отеки ведут к дополнительной деформации лица.

Наблюдаемая под глазами отечность суживает глазные щели, тем самым несколько скрывающие глаза, и увеличивает общее слабоумное выражение лица. Отечность сглаживает также черты лица, придавая им расплывающийся характер. При значительной ее выраженности лицо становится несколько шарообразным, как бы напоминая луну (лунообразное лицо). Меняется окраска кожи и ее тональность варьирует от серовато-желтых до чисто желтоватых оттенков с наличием своеобразной пигментации. Нередко при формировании кожных складок на лице бросается в глаза морщинистая изрезанность лба. Все эти изменения «лицевой фигуры» в своей совокупности формируют особый вид лица, получивший в клинике название «лица кретина».

Мимическая игра при кретинизме бедна, однотонна, невыразительна, вяла, апатична (торпидные дисмимические картины кретинизма). Она недостаточно экспрессивна, недостаточно дифференцирована, поверхностна. В более глубоких и тяжелых случаях отмечается гипомимия, доходящая до амимии. Взгляд пустой, неосмысленный, блуждающий, не фиксирующий. В некоторых случаях наблюдается намек на улыбку, немотивированный смех и плач.

Бывают и другие состояния у кретинов, когда они становятся возбужденными и их мимическая деятельность проявляется возрастающей активностью и подвижностью однотипного характера (эретичные дисмимические картины кретинизма). В этих случаях в мимике преобладают картины крика, плача, бессмысленного смеха. В зависимости от степени психического недоразвития отмечается некоторая вариабильность мимической игры при отдельных формах кретинизма.

Характерна архитектонико-соматическая основа лица в клинике болезни Дауна. Лица больных напоминают отпечатки, сделанные как бы с одного и того же клише. Наблюдается деформация черепного и лицевого скелета, например «волчья пасть» и т. д. Глазные щели сужены. Часто отмечается наличие третьего века, макроглосия. Лицо плоское, ушные раковины нередко деформированы, нос уплощен. Кожные покровы обычно бледноваты. Отмечаемая краснота щек и кончика носа создает впечатление своеобразной гримировки типа цирковой клоунады.

В более выраженных случаях идиотии при болезни Дауна обычно встречаются описанные выше дисмимические картины, общие для всех тяжелых случаев деменции. Надо отметить своеобразие дисмимических проявлений при таких клинических формах болезни Дауна, как гипотиреоидизм и гипогенитализм. При первой обычно отмечается подвижная, веселая, быстроменяющаяся оживленная мимическая игра. Однако в связи с интеллектуальной недостаточностью больных, она поверхностна, неустойчива, малодифференцирована и плохо осмыслена. Взгляд хотя живой и подвижный, но недостаточно выразительный и малоцелеустремленный.

У некоторых больных отмечаются компоненты легкой эйфории, и они неизменно пребывают в хорошем настроении, улыбаются, смеются, но

все эти переживания, как и их мимическая проекция, малоосмысленны и поверхностны.

Наоборот, при гипогенитализме в связи с преобладанием в психике компонентов апатии в мимике доминируют выражения безразличия. Отмечаются маловыразительные лица, лишенные эмоциональной экспрессии.

82 коп.

МЕДИЦИНА · 1966